

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

136

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Bernard LEGER

Né le 27 juillet 1914, à Choisy-le-Roi (Seine).

Présentée et soutenue publiquement le 23 Mai 1944

LA PLACE
DE L'OPERATION D'HALBAN
DANS LE TRAITEMENT
DES PROLAPSUS GÉNITO-VÉSICAUX

Président : M. MOCQUOT, Professeur.

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1944

13.

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1944

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Bernard LEGER

Né le 27 Juillet 1914, à Choisy-le-Roi (Seine).

Présentée et soutenue publiquement le 23 Mai 1944

LA PLACE
DE L'OPERATION D'HALBAN
DANS LE TRAITEMENT
DES PROLAPSUS GÉNITO-VÉSICAUX

Président : M. MOCQUOT, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1944

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin, Roussy

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombrédanne, Roussy, Rouvière, Sannié, Sébileau, Sézary, Tanon.

DOYEN LÉON BINET.

Membre de l'Institut

ASSESSEUR JEAN VERNE.

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ff OLIVIER.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL.
Biologie médicale	VERNE.
Chimie médicale	OLONOVSKI.
Clinique de cardiologie	DONZELOT.
Cliniques chirurgicales	BROCC.
	CADENAT.
	MONDOR.
	QUENU.
	LEVEUF.
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEBRE (R.).
Clinique des maladies des enfants	ff MOLLARET.
Clinique des maladies infectieuses	DELAY.
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale ..	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	BENARD (H.).
Cliniques médicales	CHABROL.
	HARVIER.
	LIAN.
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT.
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.).
Cliniques obstétricales	LANTUEJOL.
	LEVY-SOLAL.
	PORTES.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE.
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER.
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.).
Clinique urologique	FEY.
Embryologie	GIROUD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE.
Histologie	CHAMPY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANÇON (JUSTIN)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA.
Hygiène et médecine préventive	JOANNON.
Médecine du Travail	DUVOIR.
Médecine légale	PIEDELIEVRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.).
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.

Pathologie exotique	MM. LAVIER.
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie et thérapeutique générales	fr DE GENES.
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD.
Physiologie	BINET (Léon).
Problèmes alimentaires (<i>chaire à titre personnel</i>) ..	RICHET (Charles).
Puériculture.	LELONG.
Radiologie médicale	DESGREZ (H.).
Stomatologie	DECHAUME.
Physique médicale	STROHL.
Technique chirurgicale	MOULONGUET.
Thérapeutique	LAROCHE (G.).

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*),
HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*),

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie	{ CORDIER. DELMAS. N. fr DEBEYRE.	Pathologie chirurgicale .. { PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD.
Anatomie pathologique ..	{ DELARUE. Mlle GAUTHIER- VILLARS.	Pathologie expérimentale . MERKLEN.
Bactériologie ..	{ BONNET. FASQUELLE.	
Biochimie médicale	{ ETTORI. SCHAPIRA.	{ BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (G.). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Dermato syphillographie .	DEGOS.	Pathologie médicale {
Histologie	{ COUJARD. DESCLAUX.	
Hydrologie	DEBRAY.	
Hygiène	{ BOYER. DEPARIS.	
Médecine légale.	DESOILLE.	
Neurologie . . .	DE SEZE.	
Obstétrique . . .	{ DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.	Pédiatrie { LAPLANE. MARIE (J.).
Ophthalmologie ..	OFFRET.	Pharmacologie. . CHEYMOL.
Oto-rhino-laryngologie ..	AUBIN.	Physiologie . . . { BARGETON. PARROT.
Parasitologie. ..	BRUMPT, L. C.	Physique médicale DJOURNO.
Pathologie chirurgicale. ..	{ FEVRE. HUGIER. LEGER. MERLE d'AUBIGNÉ	Psychiâtrie . . . BARUK.
		Thérapeutique
		Agr. ch. d'ens. . BROUET.
		Urologie COUVELAIRE, R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*),
VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		M.
Clinique chirurgicale . . .	AMELINE.	Clinique médicale	DE GENNES.
	BASSET.		HAGUENAU.
	DE GAUDART		MOLLARET.
	D'ALLAINES.		MOUQUIN.
	FUNCK-BRENTANO.		TURPIN.
Clinique médicale	GATELLIER.	Clinique obstétricale . . .	ECALLE.
	MENEGAUX.		LACOMME.
	BARIETY.	Clinique ophtalmologique	RENARD.
	BOULIN.		
	CHEVALLIER.		
	COSTE.	Clin. otho-rhino- laryngologique	HALPHEN.

V. — CHARGES DE COURS

M.

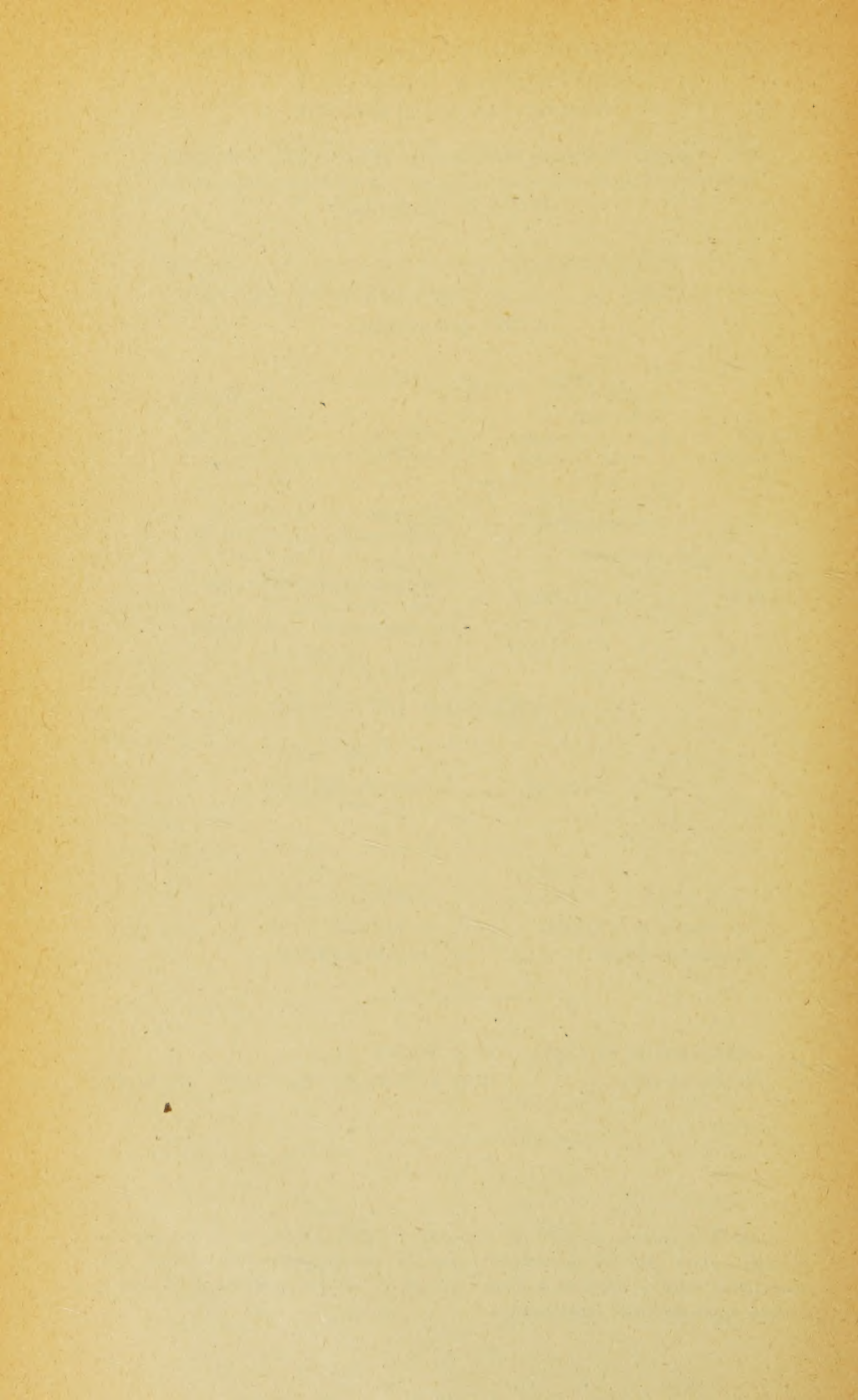
Radiologie LEDOUX-LEBARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire-adjoint M. BRISSIAUD.

Bibliothécaire en Chef .. D^r A. HAHN.
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

LE DOCTEUR GEORGES LEGER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MON FRERE
MICHEL LEGER

Interne des Hôpitaux de Paris

A LA MEMOIRE DE MON FRERE
LE CAPITAINE YVES LEGER

Docteur en Droit
Diplômé des Sciences Politiques
Compagnon de la Libération

A MES SCEURS

A MON COUSIN
LE DOCTEUR JACQUES BOUSSER

Médecin des Hôpitaux de Paris

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

Professeur de la Chaire de Clinique Gynécologique
de l'Hôpital Broca

Chevalier de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

*Qui nous a fait le très grand
honneur d'accepter la présidence de
notre jury de thèse.*

Hommages respectueux.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

STAGE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE (*in memoriam*).

EXTERNAT :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GREGOIRE (*in memoriam*).

MONSIEUR LE PROFESSEUR CATHALA.

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER.

INTERNAT :

MONSIEUR LE DOCTEUR DENIKER.

MONSIEUR LE DOCTEUR METIVET.

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCC.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ GATELLIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR GIRODE.

A MESSIEURS LES DOCTEURS :

MEILLERE, GERARD-MARCHANT, LONGUET,
BILLET, RUDLER

Chirurgiens des Hôpitaux

INTRODUCTION

Bien nombreux sont les cas particuliers de prolapsus génito-vésicaux, non seulement si l'on considère les modalités anatomo-pathologiques de ces dystrophies primitives ou secondaires, mais encore si l'on s'en tient aux multiples facteurs dont l'opérateur doit tenir compte avant de se décider à intervenir : femmes plus ou moins âgées ou résistantes, encore réglées ou après la ménopause, désirant enfin parfois conserver une perméabilité vaginale.

Tous ces cas particuliers peuvent être sanctionnés par des thérapeutiques nombreuses. Beaucoup apparaissent satisfaisantes. A ce propos, nous voulons souligner d'emblée le caractère univoque, à peu près indiscutable, de l'efficacité de la suture des releveurs dans le temps postérieur des colpo-périnéorraphies, quelqu'en aient été les modalités de détail.

Nous ne pouvons nous empêcher d'opposer ce protocole opératoire à la multiplicité des interventions proposées pour le traitement de la cystocèle.

Pourquoi sont-elles si nombreuses, pourquoi avoir multiplié ces méthodes avec autant d'abondance ? Cette floraison de lambeaux disséqués en figures géométriques plus ou moins compliquées, constitue l'aveu même d'une imperfection du résultat.

Certes, MARION et ses élèves ont proposé récemment une méthode s'adressant à la cure radicale des cystocèles ; cette manière d'agir a donné généralement satis-

faction à ceux qui l'ont employée. Malgré ses avantages indéniables, elle oblige à recourir à une laparatomie abdominale. Malgré le peu de gravité ordinaire de cette intervention, les moyens employés sont peut-être en disproportion avec le but à atteindre. Le fait de recourir à la voie haute constituerait-il un aveu d'impuissance et faut-il renoncer définitivement dans le traitement des cystocèles à la voie périnéale en recourant systématiquement aux cystopexies par voie haute.

Nous ferons abstraction de ce cas particulier et nous n'envisagerons que les interventions visant à traiter les cystocèles par le périnée.

Il est une méthode couramment employée par beaucoup de chirurgiens, c'est l'avivement losangique de la muqueuse suivi d'une suture appelée pompeusement colporraphie antérieure. Nous pensons que s'il s'agit d'un procédé de commodité, ce n'est dans la majorité des cas aucunement une solution thérapeutique efficace.

Nous reviendrons sur ce sujet.

Nous proposons une méthode qui nous a séduit par sa logique, nous n'osons dire sa simplicité : elle peut, nous le verrons, s'accompagner de réelles difficultés techniques. En tous cas, elle nous a donné des résultats que nous voulons faire connaître.

Nous voulons parler de l'intervention d'HALBAN.

Cette intervention, réalisée à l'étranger à l'origine, a été reprise et semble-t-il adoptée en France par quelques chirurgiens (COTTE, MOCQUOT-ROUVILLOIS, MAJOIS, etc..., etc...).

Ayant eu l'occasion dans le service de Monsieur le Professeur MOCQUOT de la voir reprendre avec succès sur une échelle malgré tout encore relativement restreinte, nous avons eu l'impression qu'elle semblait peu pratiquée en général et que cette thèse pourrait contribuer à affirmer ou à infirmer la valeur de cette méthode en suggérant à d'autres de la tenter.

Raisons anatomiques, servant de base au principe même de l'opération d'Halban

L'étude des rapports respectifs, d'une part, de l'utérus et du vagin dans l'axe de la filière pelvienne et, d'autre part, de ces organes avec la vessie, nous conduira à quelques considérations primordiales qui servent de base aux principes de l'intervention d'HALBAN.

1°) Rapports de l'utérus et du vagin dans l'axe de l'excavation pelvienne.

a) L'utérus et le vagin, en étroite connexion anatomique, se trouvent engagés dans la partie antérieure du diaphragme pelvien, à la partie postérieure de la fente uro-génitale, dans l'intervalle libre compris entre les deux faisceaux internes des releveurs, point anatomiquement faible du plancher pelvien.

b) « L'utérus chez la femme vivante, vierge, debout, la vessie et le rectum étant vides, est en antéflexion légère et en antéverson; l'utérus, incliné en avant, est presque horizontal » (HOVELACQUE).

Il se trouve maintenu dans une position telle qu'il fait avec le vagin un angle presque égal à 90°.

Le col s'implante non pas au fond du vagin mais dans sa paroi antérieure près du fond. En conséquence, l'utérus repose sur la paroi postérieure du vagin. Il a peu de tendance à descendre dans ce canal herniaire tout préparé à moins qu'une modification de sa statique ne favorise son engagement.

Il faut ajouter, d'ailleurs, que les parois antérieures et postérieures du vagin sont normalement en contact. La cavité est virtuelle : l'utérus ne peut s'y engager qu'en forçant l'accolement.

c) Quels sont les éléments qui assurent la relative situation de ces deux organes ?

En ce qui concerne l'utérus, il est classique de souligner la mobilité du corps utérin et de l'opposer à la fixité du col.

En effet, les éléments de suspension du corps utérin sont bien précaires, qu'il s'agisse des ligaments ronds, des ligaments larges ou des éléments vasculo-nerveux engainés dans leur lâche toile cellulo-fibreuse qui le rattachent aux parois du pelvis. Ils assurent à la direction du corps utérin une fixité bien relative dans son antécourbure normale que vient modifier la pression physiologique des organes intra-péritonéaux. Leur rôle de sustentation est tellement faible que la section de tous ces éléments ne conditionnera pas de prolapsus.

Toute autre apparaît la fixité du col utérin, attaché solidement au pelvis par la barre parallèle des lames sacro-génito-pubiennes. Leur partie postérieure individualisée sous le nom de ligaments utéro-sacrés, attire le col en arrière et maintient l'antéversion normale de l'utérus.

Il se trouve maintenu surtout par ses connexions avec le vagin dont les faces latérales sont croisées à l'union de ses $3/4$ inférieurs et de son $1/4$ supérieur par les fibres musculaires puissantes des releveurs de l'anus, éléments de soutien fondamentaux de l'utérus.

2°) Rapports de la vessie avec l'utérus et le vagin.

a) Le corps même de l'utérus n'est pas en contact immédiat avec la vessie; il est séparé de sa face supérieure par le péritoine, dessinant un cul-de-sac vésico-utérin qui peut subir dans sa profondeur des différences individuelles relativement marquées.

b) Mais la face postérieure de la vessie s'adosse à l'appareil génital et le déborde de chaque côté.

La partie médiane de cette face se trouve en contact immédiat avec l'isthme utérin, séparée par un tissu celluleux assez lâche et clivable.

Le col utérin adhère très solidement à la vessie au moyen de tractus fibreux qu'il faudra sectionner aux ciseaux.

Mais plus bas la paroi antérieure du vagin, contrairement à l'opinion classique ne se trouve pas en rapport direct avec la vessie. Il s'en trouve séparé par une formation cellulo-aponévrotique autonome, le septum vésico-vaginal. Nous voulons insister sur l'importance de cette lame dont l'existence même constitue l'un des principes de l'intervention qu'HALBAN a décrite :

« GERSUNY, dit HALBAN, semble le premier avoir reconnu l'importance de ce septum appelé par DAVIES ligament pubo-cervical ».

Auparavant, aucun des anatomistes n'avait attiré l'attention sur lui. WALDEYER, ROSTHORN, LANGER, MARTIN, VIOLET, MACKENRODT, le passent presque sous silence ou n'y attachent pas l'importance qu'il mérite.

Cette gaine conjonctive vaginale antérieure forme un véritable diaphragme tendu presque horizontalement entre les deux releveurs latéralement, le col utérin en haut et en arrière, le tissu conjonctif dense urétro-vaginal en bas et en avant. La vessie repose sur ce diaphragme que GERSUNY dénomme septum vésico-vaginal et qui n'est autre chose que l'expansion de la gaine hypogastrique qui recouvre la face antérieure du vagin, expansion épaissie et modifiée : sur elle, la vessie repose comme dans un hamac. Cette expansion est de tissu presque aponévrotique, serré, résistant : elle s'oppose à la pression abdominale.

HOVELACQUE apporte quelques précisions : « A la partie supérieure, sur une longueur de 2 cm. environ,

le tissu cellulaire qui sépare le vagin de la vessie est lâche. SAPPEY a vu deux fois le fond du cul-de-sac vésico-utérin descendre dans cette couche celluleuse et, d'après DISSE, ce serait une disposition fréquente dans les premiers jours de la vie. Plus bas, au contraire, le tissu cellulaire est condensé, formant une cloison épaisse et résistante, la cloison vésico-vaginale. Cette cloison n'a que 3 cm. de large et occupe la ligne médiane, 3 cm. de haut, elle est épaisse de 4 à 6 mm. (DEBIERRE). L'uretère n'est pas compris dans son épaisseur (COMMANDEUR) ».

Pour ROUVILLOIS, cette cloison serait une adhérence des deux fascias de recouvrement du vagin et de la vessie : il n'y a pas de cloison propre.

Quelle que soit l'opinion des anatomistes au sujet de sa nature, seule sa réalité chirurgicale importe.

En disséquant, ROUVILLOIS a pu créer un espace vésico-vaginal jusqu'à 1 cm. $1/2$ au-dessus de l'urètre; au-dessous, la soudure des deux fascias vésicaux et vaginaux est absolue. Il n'y a plus aucun plan de clivage. Cette gaine vaginale est distincte de la paroi vaginale antérieure : on peut facilement la séparer avec le dos d'un scalpel; on peut détacher d'elle toute la hauteur du vagin depuis le col utérin jusqu'à l'orifice de l'urètre.

Les connexions de l'urètre et du vagin sont intimes : il n'y a aucun plan de clivage dans la cloison urétro-vaginale qui continue l'accolement vésico-vaginal.

HALBAN ajoute : « On arrive le plus souvent à disséquer ce fascia car mon expérience de nombreux cas observés enseigne avec certitude que le fascia vésico-vaginal, même avec des cystocèles du plus haut degré, peut être fortement allongé mais est cependant parfaitement maintenu et qu'avec une exacte préparation anatomique on arrive toujours à le représenter parfaitement ».

CONCLUSIONS.

Il résulte de cet aperçu anatomique certaines déductions que nous voulons mettre en relief :

1°) Si l'on considère que le col utérin est étroitement solidaire de la vessie, on conçoit que les déplacements de ces deux organes se feront simultanément. La vessie se laissera entraîner par le prolapsus utérin.

2°) Tout effort abdominal tend à appliquer le corps utérin sur la vessie et par voie de conséquence à pousser la paroi vaginale antérieure contre la postérieure, augmentant leur contact et l'occlusion vulvaire.

Mais dans certains cas, lorsque le bras de levier que constitue le col utérin se trouve hypertrophié et allongé, il tendra à redresser l'utérus sur le vagin, à l'engager dans le trajet herniaire ainsi préparé et favorisera le prolapsus.

La pression abdominale alors au lieu d'appliquer l'utérus sur la vessie, agissant en sens inverse, tendra à le redresser, en insinuant des anses intestinales dans un cul-de-sac vésico-utérin normalement élargi et profond.

Ces deux causes favorisantes n'ont pas échappé à HALBAN qui conseille :

a) Dans les cas où le col est hypertrophié par allongement, de le réséquer dans un premier temps opératoire.

b) Dans les cas où l'utérus se trouve redressé, voire même en rétroversion, de pratiquer une fixation vésico-utérine obturant le cul-de-sac vésico-utérin en utilisant le procédé que nous étudierons.

3°) L'existence même du septum vésico-vaginal d'HALBAN, séparant la muqueuse vaginale de la vessie, permettra d'augmenter la résistance du périnée antérieur, normalement très faible au niveau du hiatus urogénital, par une suture distincte de cette formation aponevrotique.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Qu'il s'agisse de prolapsus vésico-génitaux ou de prolapsus plus complets des organes pelviens, les notions étiologiques et pathogéniques restent univoques. Nous y insisterons peu.

A. — Certains facteurs déterminants sont généralement en cause :

1°) *L'accouchement.*

Au cours duquel la distension brutale du périnée facilite la rupture. Il aboutit à des déchirures périnéales plus ou moins accentuées, plus ou moins précocement réparées.

Nous soulignerons :

a) La fréquence des ruptures musculaires sans lésions cutanées ou muqueuses.

b) Le rôle des accouchements répétés, créant chez les multipares une « béance » de la vulve, notion étiologique capitale pour DUPLAY et CHAPUT.

c) L'élongation enfin du canal génital pouvant déterminer des décollements de la paroi vaginale et la faire glisser sur la vessie.

2°) *Les dystrophies fibro-musculaires.*

Prolapsus constitués en dehors de tout accouchement chez des femmes présentant plusieurs ptoses organiques associées. Il semble s'agir là de dystrophies tis-

sulaires plus ou moins généralisées favorisées peut-être par le surmenage, la sénilité; actuellement, leur fréquence semble s'être accrue du fait d'amaigrissements importants et brusques.

3°) *Enfin certaines malformations congénitales.*

On a insisté sur la profondeur anormale du cul-de-sac de DOUGLAS par défaut d'accolement; il faut en rapprocher celle du cul-de-sac vésico-utérin.

B. — Quelle que soit la cause qu'il faille incriminer, il existe un affaiblissement du corps périnéal :

La paroi antérieure du vagin au cours de l'effort n'est plus soutenue par le coin périnéal affaibli.

« Tendue comme un voile sans soutien » (BOUILLY), refoulée par la vessie, elle réalise la colpocèle, puis la cystocèle.

La paroi postérieure glisse à son tour et réalise la colpocèle postérieure accompagnée ou non de rectocèle, tandis que l'utérus tendant à se redresser, distendant de faibles ligaments utéro-sacrés, s'engage à son tour dans le canal vaginal.

L'allongement hypertrophique du col est secondaire, de pathogénie discutée. Il est peut-être lié à des facteurs d'élongation mécanique, plus certainement à une association de troubles trophiques et infectieux.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

C'est ainsi que s'explique la grande variété des prolapsus.

Il est permis d'individualiser :

1°) Des procidences du vagin avec ou sans cystocèle, avec ou sans rectocèle.

Les colpocèles antérieures et postérieures peuvent exister isolément ou s'associer; mais le déroulement de la paroi antérieure est généralement plus considérable et plus fréquent que celui de la paroi postérieure.

Il faut remarquer cliniquement qu'il n'existe aucun parallélisme entre l'importance de la cystocèle et le degré de troubles fonctionnels observés. Dans tous les cas, un interrogatoire soigneux est nécessaire pour préciser s'il existe ou non incontinence d'urines qui traduit généralement une lésion du sphincter urétral parfois très minime et contre laquelle l'intervention devra être dirigée.

2°) Les prolapsus utérins sont en règle secondaires, s'observent exceptionnellement isolément.

On en décrit trois degrés selon l'importance de l'abaissement qui peut aller jusqu'à l'extériorisation complète de l'utérus accompagnée alors de lésions infectieuses et trophiques généralement accentuées.

Il sort du cadre de notre étude d'insister davantage. Le point intéressant pour nous est le traitement du périnée antérieur à la manière d'HALBAN : il vise à la

thérapeutique de la colpocèle avec cystocèle, mais ce rappel pathogénique, en montrant l'importance des éléments de soutien que représente le coin périnéal postérieur, permet d'ajouter un corollaire à l'intervention d'HALBAN : ne pas négliger la réfection du périnée postérieur, reformer un solide coin périnéal, reporter en avant la commissure postérieure de la vulve en augmentant la distance ano-vulvaire dans tous les cas où les releveurs apparaissent déficients.

MOYENS THÉRAPEUTIQUES

habituellement employés dans le traitement
des colpocèles antérieures avec cystocèle

Ce chapitre constituera beaucoup plus une étude critique des différentes interventions employées jusqu'ici pour remédier aux prolapsus génito-vésicaux, qu'un exposé technique de ces opérations.

Nous avons déjà souligné le grand nombre de méthodes préconisées, tant en France qu'à l'étranger : les nombreux cas particuliers de prolapsus ne semblent pas à eux seuls pouvoir justifier leur multiplicité; il paraît évident que les succès partiels ou les échecs complets ont suscité de nouvelles méthodes et sont les responsables.

Nous passerons en revue successivement :

L'opération de base ou triple intervention, dite méthode française qui est un compromis puisqu'elle est à la fois abdominale et périnéale.

Puis les interventions multiples uniquement pratiquées par voie périnéale.

1°) *L'opération de base — La triple intervention — La méthode française* à la fois abdominale et périnéale jouit de la faveur de beaucoup (RICHELOT, BOUILLY, HARTMANN, J.-L. FAURE).

Malgré des qualités indéniables, elle peut cependant être sujette à critiques.

a) Beaucoup d'opérateurs pratiquent les deux temps abdominal et périnéal en une seule séance opératoire. Ils préparent leurs malades comme pour un périnée : pendant plusieurs jours les purgent, les lavementent, enfin les constipent.

Ils commencent par le temps périnéal puisque l'intervention nécessite l'abaissement du col utérin à la vulve. Ils passent ensuite au temps abdominal.

Mais alors on peut leur reprocher :

1) La septicité des manœuvres malgré les plus grandes précautions. Ne s'agirait-il que d'opérer dans la même salle d'opération un périnée, puis de pratiquer une laparatomie abdominale.

2) Le choc opératoire plus important puisque l'intervention est fatalement assez longue et que, d'autre part, on recourt à une laparatomie médiane.

3) Enfin si l'on considère que pour le temps périnéal il faut que le sujet soit constipé et qu'on doit réduire au minimum le dynamisme intestinal; pour le temps abdominal, par contre, il importe d'augmenter le tonus intestinal en règle ralenti dans les heures qui suivent toute laparatomie.

Il existe donc une incompatibilité entre les deux temps : temps périnéal septique, nécessitant une constipation de plusieurs jours; temps abdominal exigeant une aseptie parfaite, l'émission de gaz au moins dès le deuxième jour.

Cette antinomie n'a pas échappé à de nombreux chirurgiens qui conduisent l'intervention deux temps, ce qui crée une incapacité de plus longue durée.

b) Elle doit être critiquée aussi dans ses modalités de détails.

Le temps périnéal antérieur, celui par lequel on commence, vise à traiter colpocèle antérieure ou cystocèle et d'une façon plus générale l'association des deux prolapsus.

Il consiste ordinairement à exciser la seule muqueuse vaginale selon une aire losangique ou ovalaire à sommets diamétralement opposés sous-urétraux et cervicaux; puis à suturer bord à bord la muqueuse dans le grand axe du losange.

Il peut comporter de nombreuses variations dans le dessin du lambeau excisé, mais le principe reste toujours identique à lui-même. Nous pouvons d'emblée affirmer qu'il résèque une partie de la colcopèle, mais que pratiqué dans ces conditions, la ptose vésicale demeure. D'ailleurs, la fine cicatrice médiane qui résulte de cette intervention, intéressant uniquement une muqueuse, très souvent se laisse facilement distendre à plus ou moins brève échéance et la pression abdominale fait reparaitre généralement les troubles fonctionnels et la cystocèle momentanément camouflée par cette ébauche d'intervention.

La cicatrice très fine, la muqueuse extrêmement fragile, et ceci d'autant plus qu'elle est atteinte de troubles trophiques, ne peuvent prétendre à former à elles seules une sangle sous-vésicale.

La récidive est presque certaine et ceci malgré l'appui beaucoup plus solide que fournit à la cystocèle l'appui d'un périnée postérieur solidement refait.

En effet, le temps postérieur, qui consiste à dédoubler la cloison recto-vaginale, à découvrir la partie postérieure des releveurs en les suturant bord à bord ou face à face, apparaît beaucoup plus satisfaisant.

Il vise à assurer la solidité du périnée postérieur, à augmenter la distance ano-vulvaire, à former un coin périnéal épais et résistant. Il s'opposera directement à la poussée de la cystocèle; cette dernière notion est d'une grande importance pratique : nous verrons que ce temps opératoire ne doit pas être négligé dans tous les cas où les releveurs sont déficients au cours de l'intervention que préconise HALBAN.

Le temps abdominal, qu'il soit pratiqué immédiatement ou dans les jours qui suivent, a pour but essentiel de réaliser une hystéro-fixation par voie haute.

Il peut être pratiqué par voie extra-péritonéale : raccourcissement des ligaments ronds par une double incision inguinale, méthode qui semble actuellement tomber en désuétude.

Généralement, on emploie la voie intra-péritonéale. Selon les cas particuliers et selon les préférences des opérateurs, différentes fixations peuvent être pratiquées :

Simple plicature des ligaments ronds, plicature et fixation de ces ligaments en avant ou en arrière de l'utérus; résection et suture des ligaments (Monsieur le Professeur MOCQUOT); amarrage de ces ligaments à la paroi antérieure de l'abdomen, à la manière de DOLÉRIS; fixation du corps et surtout de l'isthme utérin à la paroi antérieure.

Les procédés sont multiples; ils ont pour but essentiel de fixer d'une manière correcte l'utérus abaissé et parfois en rétroversion. Il réalisent dans une certaine mesure une correction de la cystocèle, l'utérus étant solidaire des déplacements du bas-fond vésical.

C'est par cette voie que s'effectue l'opération de MARION qui consiste après ouverture transversale du cul-de-sac vésico-utérin à fixer la vessie en position plus haute sur la partie inférieure de l'isthme utérin. Une hystéropexie isthmique complète l'intervention.

Peu importe le procédé que l'on croit devoir adopter, ce que nous critiquons dans une certaine mesure, c'est que dans tous les cas, il faut recourir à une laparatomie abdominale et en accepter les risques, si minimes soient-ils, de mortalité.

L'avantage majeur cependant est incontestablement le fait qu'elle permet un contrôle exact de l'utérus et de ses annexes. Elle permet de déceler et de traiter

des lésions salpingiennes, par exemple, qui seraient passées inaperçues, malgré l'examen clinique le mieux conduit.

Dans ce cas d'ailleurs, lorsque cliniquement, de telles lésions sont évidentes ou bien lorsqu'on les redoute sans pouvoir les affirmer, il va de soi qu'il faut s'adresser à cette voie.

Mais par contre, lorsqu'il s'agit de malades dont le paramètre semble intact, mais pour lesquelles l'examen décèle une impression de risque quelconque à recourir à la voie haute (femmes obèses, à paroi épaisse, sénilité trop marquée, état général trop déficient, par exemple), il faut recourir à la voie périnéale où l'opération d'HALBAN conserve de larges indications.

CONCLUSIONS.

Nous avons désiré démontrer dans cette étude critique, qui peut paraître sévère, de la triple opération que, malgré le caractère de supériorité indiscutable qu'elle présente sur bien d'autres procédés, elle a quelques inconvénients non négligeables.

Son indication est peut-être trop élargie par la commodité et aussi la sécurité de sa technique. L'opération d'HALBAN, entre autres, dans certains cas, doit lui être préférée.

2°) *Les colporraphies et colpoperinéorraphies antérieures.*

Nous insisterons peu sur les colporraphies antérieures. Le temps périnéal antérieur de la triple intervention, telle que nous l'avons décrite, en représente l'un des procédés.

a) *Le procédé à un seul plan de sutures.* Avivement ovalaire ou losangique de SIMON. Excision simple de la muqueuse vaginale. Hémostase. Suture dans le sens transversal des bords latéraux de l'avivement au catgut ou au lin, en commençant à l'angle cervical pour finir à l'angle urétral.

Ce procédé ne semble pas avoir donné entière satisfaction, ni dans son principe, ni dans ses résultats, quel que soit le dessin de l'avivement pratiqué, quelque ait été son étendue : la récurrence est la règle.

La nécessité d'une suture en plusieurs plans n'a pas échappée à la plupart des auteurs.

b) De là date *une technique à sutures superposées* (colporraphie antérieure à plicature profonde de LEJARS).

L'avivement est identique au procédé classique.

La suture se fait en deux plans. Le plan profond doit rétrécir la surface cruentée. Les fils pénètrent et ressortent en pleine surface d'avivement à une certaine distance de ses bords latéraux. Cette suture doit être faite aux points séparés. LEJARS monte un double surjet aux aiguilles enfilées, s'entre-croisant en un système de laçage. Cette suture profonde est donc pratiquée sur le septum vésico-vaginal qui se trouve ainsi plissé.

Superficiellement, la muqueuse est suturée au catgut comme précédemment.

On conçoit la nette supériorité de ce procédé sur le précédent. Il n'a cependant pas toujours donné satisfaction car, certains ont tenté de l'améliorer, d'augmenter encore la solidité du périnée antérieur. Nous voulons parler de :

c) *La colpoperinéorraphie antérieure.*

Elle a pour but de suturer les muscles releveurs en avant du vagin. Ce procédé décrit par DELANGLADE en

1902, par CHAPUT en 1905, rappelé par HARTMANN, puis par MARION, a fait l'objet d'une étude de MERCADÉ en 1918.

Il réserve cette intervention aux cystocèles antérieures isolées car la suture des releveurs en avant et en arrière de celui-ci rétrécirait à l'excès le diamètre vaginal.

Le procédé consiste en un avivement ovalaire de la muqueuse, un décollement de la vessie et du vagin poussé loin sur les côtés jusqu'aux vaisseaux vésicaux latéraux. Les releveurs découverts sont suturés au catgut chromé.

Cette intervention, théoriquement satisfaisante, s'avère d'une réalisation difficile; les releveurs sont difficiles à découvrir; la voie d'abord est étroite et le danger vasculaire est assez considérable dans une région dont l'hémostase serait malaisée.

D'autre part, l'écartement des releveurs à ce niveau ne permet qu'un rapprochement difficile des deux muscles et, en règle, les sutures ne tiennent pas, expliquant les récurrences.

Il semble, qu'actuellement en France du moins, ce procédé soit tombé en désuétude.

3°) *Les interpositions vésico-vaginales de l'utérus.*

Que faut-il penser des interventions qui ont pour but de basculer le corps utérin au-dessous de la cystocèle réalisant ainsi une sorte de pelote, « de pessaire vivant », s'opposant à la chute de la vessie.

a) L'idée première du procédé revient à W.-A. FREUND; il a été précisé par H.-W. FREUND en 1903.

Il consiste à renverser l'utérus en arrière et à fixer ses deux faces aux parois correspondantes du vagin.

On pratique une colpotomie postérieure verticale; par cette brèche, on luxe le corps utérin dans le vagin.

Celui-ci, préalablement avivé en avant et en arrière, est solidarisé au corps utérin par quelques points. Un nouvel orifice utérin est créé au fond de l'utérus qui se présente ainsi à la vulve pour l'issue des sécrétions utérines.

Cette précaution a été reconnue inutile (KLEIN).

Ce procédé rend tout rapport sexuel impossible; il laisse dans le vagin une surface utérine à nu qui se couvre de granulations et fournit un suintement incommode.

Ces inconvénients considérables et surtout les avantages que présente l'intervention de LEFORT, puisqu'il faut recourir à une obturation vaginale, ont fait abandonner cette opération.

b) Par contre, les interventions du type WERTHEIM, WATKINS, SCHAUTA, modifiées par ABADIE, semblent encore d'un intérêt actuel, COTTE (de Lyon) a souligné récemment leurs avantages.

L'opération de SCHAUTA peut être ainsi décrite de façon succincte :

Premier temps : une pince de MUSEUX placée sur le col abaisse l'utérus. Incision de la paroi vaginale antérieure, verticale, du méat au col utérin.

Deuxième temps : dissection des deux lambeaux latéraux et décollement vésico-utérin en sectionnant les fibres vésico-cervicales aux ciseaux. La vessie est refoulée jusqu'au cul-de-sac péritonéal.

Dans *un troisième temps* : ABADIE conseille de repérer et de dégager le bord interne des releveurs qu'on charge avec l'aiguille de chaque côté. Les deux fils, crins ou catgut, sont repérés avec une pince.

Quatrième temps : ouverture aux ciseaux du cul-de-sac vésico-utérin. Chaque lèvre péritonéale est repérée par un fil.

Cinquième temps : bascule de l'utérus dans la brèche. Deux doigts le ramènent facilement s'il est petit. S'il est gros, on engage d'abord une corne, puis l'autre. Quand le fond est amené, on repousse le col au fond du vagin. Chez une femme encore réglée, on lie et on sectionne les trompes.

Sixième temps : suturer la lèvre antérieure de l'ouverture à la face postérieure de l'utérus, environ à deux centimètres au-dessus de l'insertion des ligaments utéro-sacrés.

La brèche péritonéale est fermée.

Septième temps : la vessie se trouve reportée sur le dos de l'utérus. Les fils chargeant les releveurs sont passés dans le fond de l'utérus, près de chaque corne, ou prennent l'origine du ligament rond et sont noués (procédé d'ABADIE). L'utérus est ainsi fixé plus profondément.

Huitième temps : colpectomie. Enlever un lambeau vaginal de dimensions nécessaires et suffisantes pour que l'utérus puisse être recouvert par les lambeaux latéraux. Suture secondaire du vagin.

Une colpopérinéoraphie postérieure secondaire est indispensable.

Pour permettre une telle intervention du seul point de vue technique, il faut au moins trois conditions :

1°) *Que le col soit fixé.* Ceci suppose l'intégrité des ligaments utéro-sacrés ou tout au moins leur réfection au cas où ils seraient déficients : ceci compliquerait alors singulièrement l'intervention, fixation du col aux ligaments utéro-sacrés (WAGNER, ZASCHKI), fixation du col au promontoire (LASKO).

2°) *Que l'utérus soit suffisamment développé* pour pouvoir s'interposer et jouer le rôle de « pessaire vivant » s'opposant à la chute de la cystocèle. Or, l'uté-

rus a tendance à s'atrophier secondairement : en avant du fond, un hiatus se produit parfois, occasionnant une nouvelle cystocèle. HALBAN pense même que la modification d'ABADIE (fixation du fond utérin aux releveurs) n'empêche pas la récurrence car, si le fond reste en place, le col s'enfonce.

3°) La troisième condition enfin, est que *l'utérus soit mobilisable*, non fixé par des adhérences annexielles. Il faut, cela va de soi, que sa bascule en avant soit possible.

Cette intervention, récemment défendue par COTTE et ses élèves, conserve une perméabilité vaginale, mais ne peut s'adresser, à moins de ligature des trompes, qu'à des femmes au voisinage ou au-delà de la ménopause. Une grossesse, en effet, ne pourrait être conduite sans incidents. Elle place l'utérus dans une situation très anormale en antéversion, flexion forcée et peut déterminer ainsi quelque gêne fonctionnelle.

L'indication typique du procédé ne pourrait être que cystocèle, prédominante chez une femme au voisinage ou au-delà de la ménopause. Nous verrons que l'opération d'HALBAN peut prétendre à réaliser une telle correction en présentant des inconvénients moindres.

4°) *Les colpectomies.*

Evidemment, les colpectomies associées à une réfection du périnée postérieur assureront une contention globale des viscères pelviens, supérieure ou au moins égale à celle réalisée par les différents procédés précédemment envisagés.

La colpectomie totale ou *opération de MULLER* n'est logique et ne peut être envisagée que dans les cas où une hystérectomie totale lui est associée : elle ne ménage, en effet, aucun pertuis permettant l'écoulement des sécrétions utérine; elle incarcère un col susceptible de transformations malignes.

Le cloisonnement élargi du vagin à la *manière de LEFORT* est justiciable lui aussi de ce dernier reproche; il ne peut être réalisé au point de vue technique que lorsque le déroulement des parois antérieures et postérieures est possible, c'est-à-dire qu'elle s'adresse à des prolapsus d'une certaine importance. Il semble qu'il faut au moins pouvoir abaisser le col à la vulve pour l'exécuter sans trop de difficultés. Monsieur le Professeur MOCQUOT a montré récemment que cette méthode peut être exécutée même dans des prolapsus génitaux très importants.

Il va sans dire que cette opération ne peut s'adresser qu'à des femmes âgées, au voisinage, ou mieux, au-delà de la ménopause.

Elle interdit tout rapport sexuel.

Cette intervention sera complétée par une réfection du périnée postérieur.

5°) *Les hystérectomies.*

Nous ne dirons rien des hystérectomies, qu'elles soient pratiquées par voie vaginale ou voie abdominale, qu'elles soient subtotale ou totale, qu'elles essaient même par une fixation quelconque du dôme vaginal ou du moignon de col restant, de pallier au prolapsus. Des lésions utérine ou annexielles peuvent contraindre à les pratiquer. L'opinion générale est unanime sur la valeur de telles interventions en matière de prolapsus : elles ne peuvent que contribuer à les aggraver.

6°) *Les vaginopexies.*

Les vaginopexies antérieures s'adressent au traitement des colpocèles antérieures. Leur principe est de fixer la paroi antérieure du vagin au col et à la partie basse de l'isthme utérin.

Après avoir pratiqué une incision médiane, on décolle la vessie du col utérin; la partie supérieure du vagin est amarrée par des points séparés à la face anté-

rière du col et à la partie inférieure de l'isthme utérin. Cette opération représente une interposition du dôme vaginal entre la vessie et le col utérin, ce qui diminue l'importance de la colpocèle.

Si l'on a eu soin de disséquer séparément la muqueuse et le septum vésico-vaginal, on peut les suturer ensuite en deux plans. Elle constituerait ainsi une heureuse variante à l'intervention d'HALBAN.

Le principe a été repris récemment à l'étranger par CROSSEN; en France, cette opération est pratiquée dans le service de Monsieur le Professeur MOCQUOT.

L'OPÉRATION D'HALBAN

Envisageons maintenant le protocole opératoire de l'intervention d'HALBAN.

Nous en décrivons :

Les soins pré-opératoires.

La tactique de l'intervention.

Les soins post-opératoires.

Les résultats immédiats et éloignés.

Nous examinerons enfin les indications opératoires de cette intervention.

Durant nos années d'Internat, nous avons progressivement cherché à réaliser cette intervention; nous basant au début sur ce que nous voyions faire dans les services de chirurgie, nous avons adopté la technique classique des périnées antérieurs qui consistait à exciser un losange muqueux vaginal à sommets sous-urétraux et cervicaux.

Nous avons été frappé par la fréquence avec laquelle les divers opérateurs commençaient leur dissection par l'angle sous-urétral, nous-même procédions ainsi. Mais il faut reconnaître que tout à fait au sommet, il n'existe pas de plan de clivage véritable. Bien souvent la dissection de cet angle supérieur est malaisée; il faut sectionner au lieu de cliver. Cet acte opératoire donne lieu habituellement à une petite hémorragie qui gêne la dissection du segment sous-jacent; la dissection de ce segment à partir d'un centimètre et demi de l'angle supé-

rieur est pourtant beaucoup plus facile puisqu'on découvre aisément le bon plan de clivage, avasculaire. Il suffit de refouler la muqueuse doucement de haut en bas avec une compresse pour la décoller.

Dans ces conditions, pourquoi ne pas rechercher d'emblée le bon plan de clivage là où il est, pourquoi ne pas procéder en sens inverse et progresser du col vers l'urètre de bas en haut.

Monsieur le Professeur MOCQUOT conseille d'opérer à la manière d'HALBAN, c'est-à-dire dans le premier temps d'inciser sur la ligne médiane du tubercule sous-urétral à un centimètre environ au-dessus du bord libre du museau de tanche.

Il nous paraît honnête de faire part des difficultés que nous avons rencontrées.

L'incision médiane est exsangue dans la règle. Le plan de clivage latéral est aisément rencontré à la partie moyenne de l'incision, là où le décollement latéral est le plus aisé. C'est indiscutablement à ce niveau qu'il faut commencer au bistouri d'abord, aux ciseaux courbes ensuite. En s'aidant du plan de clivage ainsi amorcé de part et d'autre de la ligne médiane, on poussera le décollement vers le bas, c'est-à-dire vers le col d'une manière facile. Vers le haut, il est plus malaisé, par suite de l'absence de plan de clivage véritable, mais en s'aidant de l'épaisseur des tissus que l'on soulève vers l'extérieur, on sectionne au bistouri une épaisseur analogue à la partie supérieure de l'incision.

On prendra garde à ce niveau de ne pas s'engager toutefois trop profondément, de façon à ne pas léser les fibres propres de sphincter urétral.

C'est dans l'épaisseur du lambeau externe ainsi soulevé qu'il faut reconnaître le septum vésico-vaginal. Son existence n'est pas discutable mais son importance est bien variable. HALBAN déclare que même au cas de volumineuses cystocèles, sa réalité anatomique ne fait aucun

doute. En pratique, il nous a semblé lorsque nous l'avons recherché et essayé de le disséquer, que son importance n'est pas en raison inverse du volume de la cystocèle mais qu'elle apparaît fonction de chaque cas particulier. Certaines cystocèles peu développées n'ont pour les maintenir qu'un fascia vésico-vaginal vélamenteux à mailles aponévrotiques très lâches : il sera difficile de le reconstituer après dissection.

Des cystocèles plus importantes s'accompagnent par contre d'un fascia qui offre une réalité chirurgicale plus nette et qui reconstitué s'opposera avec une nette résistance à la poussée abdominale.

Il s'agit donc de cas d'espèce. On ne peut savoir avant l'intervention la valeur du plan que l'on rencontrera mais il semble que l'on doit toujours chercher à l'individualiser pour reconstituer si possible une sangle sous-vésicale en deux plans.

La séparation de la vessie et du col utérin ne nous a jamais donné de réelles difficultés : c'est aux ciseaux courbes qu'il faut attaquer le tissu dense cervico-utérin. Les premières fibres sectionnées, on procède à l'hémostasie de quelques veinules souvent par simple tamponnement ; le plan de clivage est rapidement trouvé. La vessie se récline vers le haut presque spontanément : on guide son ascension avec une pince montée.

Certes, l'abord du cul-de-sac vésico-utérin est parfois malaisé : la condition essentielle est de bien voir ce que l'on fait. Une valve plate et très longue, tenue par un aide, refoule la vessie vers le haut, le col utérin est abaissé en bas et en arrière pour ouvrir davantage l'angle dièdre vésico-utérin qui sera éclairé au maximum. Il faut se tenir à distance de la vessie et contre l'utérus, il faut voir le cul-de-sac avant de l'inciser aux ciseaux.

La brèche étant pratiquée, il faut basculer le corps utérin en avant : ceci ne nous a pas toujours semblé

facile et il nous souvient d'une hystérectomie vaginale récente pratiquée pour tétanos au cours d'une grossesse de deux mois, l'utérus était en rétroversion, il nous a été plus facile d'extérioriser le fond utérin par le Douglas, c'est-à-dire d'exagérer la bascule en arrière qu'en avant. Nous n'avons malheureusement pas eu l'occasion d'exécuter de vésico-fixation personnellement nous ne pouvons tabler dans l'abord du fond utérin par voie périnéale que sur les difficultés que nous avons rencontrées lors de plusieurs hystérectomies vaginales sur des utérus mobiles mais augmentés de volume. Lorsque ceux-ci présentaient une antécourbure normale, la bascule en avant du corps était relativement facile.

A) *Les soins préopératoires :*

La préparation de l'opérée a une importance capitale. On devra tenir compte dans les indications opératoires du terrain et ceci malgré les possibilités très élargies d'une intervention qui comportera un minimum de shock.

C'est ainsi qu'avant tout acte chirurgical, on s'enquerra d'un diabète, d'une urémie latente, d'une hypotension menaçante, d'une hémogénie qui représentent autant de facteurs constituant des contre-indications formelles ou temporaires à intervenir.

On tiendra compte notamment que bien souvent le trouble trophique domine l'étiologie du prolapsus et qu'il s'agit très fréquemment d'un terrain très déficient : les ptoses associées de nombreux organes sont souvent la règle; il s'agit parfois de sujets qui ont subi un amaigrissement brusque récent ou au contraire de femmes obèses dont la fragilité est bien particulière.

L'examen local, outre les données relatives à la cystocèle, devra conduire à la recherche d'une incontinence urinaire possible, d'ailleurs sans rapport avec le degré

de la cystocèle : si elle ne relève pas d'une cause d'ordre général, elle est en relation avec une insuffisance sphinctérienne secondaire à un accouchement, contre laquelle il conviendra d'intervenir au cours de l'opération.

Le toucher vaginal s'attachera à examiner la situation et la direction de l'utérus, sa mobilité non seulement au cours de l'effort mais encore en modifiant sa position par des mouvements imprimés au col. L'existence d'un utérus ne présentant pas l'antécourbure normale doit conduire plus particulièrement à une vésico-fixation avec oblitération du cul-de-sac utérin ; or cette vésico-fixation n'est possible que si l'utérus a conservé sa mobilité, s'il n'est pas fixé notamment par des adhérences annexielles.

L'examen au spéculum montre l'état du col qui a subi parfois un allongement hypertrophique tel qu'il conviendra de le réséquer dans un premier temps opératoire.

Il renseigne surtout sur l'état de la muqueuse vaginale souvent inflammatoire et infectée. Après un prélèvement bactériologique local, elle sera traitée suivant son état et ceci aussi longtemps qu'il sera nécessaire pour qu'elle devienne parfaitement saine. Divers topiques locaux peuvent être employés : huile goménolée, iodoforme, bouillie lactique, poudrage aux sulfamides, cautérisation au filhos.

Généralement les lésions ainsi traitées régressent rapidement mais, répétons-le : on ne doit rien entreprendre tant qu'existera la plus infime lésion de la muqueuse.

Il va sans dire qu'on fixera le jour de l'intervention à distance des prochaines règles.

L'opération étant décidée : deux jours avant on pratiquera quotidiennement des injections à l'eau iodée. On tamponnera dans l'intervalle le vagin avec une compresse imbibée d'huile goménolée.

On conseillera une alimentation assez restreinte (lait, purée de pommes de terre, viande) pas de pain, ni de légumes verts qui donnent lieu à un important résidu.

La future opérée sera purgée le premier jour, lavementée le deuxième jour, purgée et lavementée le troisième jour précédant l'intervention. La veille de l'opération elle absorbera en deux fois 2 centigrammes d'extrait d'opium à plusieurs heures d'intervalle.

B) *L'intervention :*

L'anesthésie pourra être épidurale à condition que l'intervention se borne au périnée seul, lorsque l'on a décidé d'une vésico-fixation, il semble préférable de s'adresser à l'anesthésie générale ou mieux à la rachianesthésie sous réserve que la tension artérielle soit satisfaisante. Dans ce cas, l'injection sous-cutanée d'éphédrine et de 25 centigrammes de caféine est indispensable.

Deux aides sont généralement nécessaires.

L'opérée est placée en position de taille, le bassin légèrement surélevé par une alèze pliée.

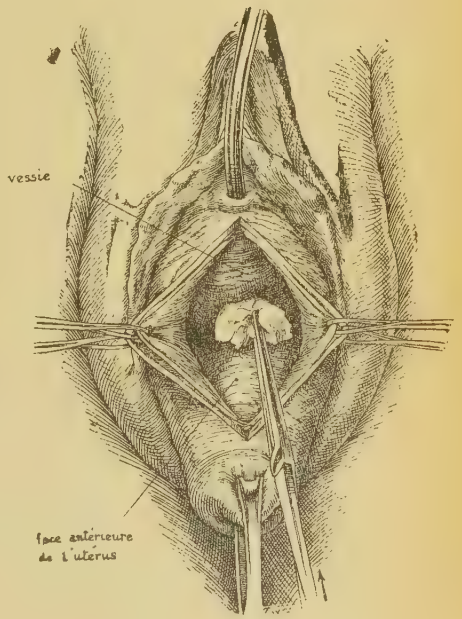
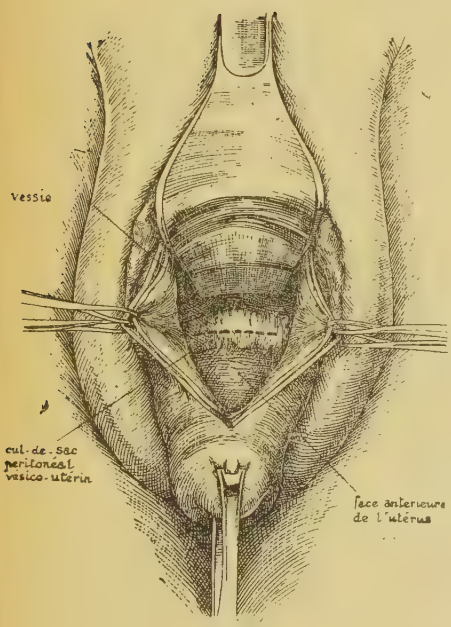
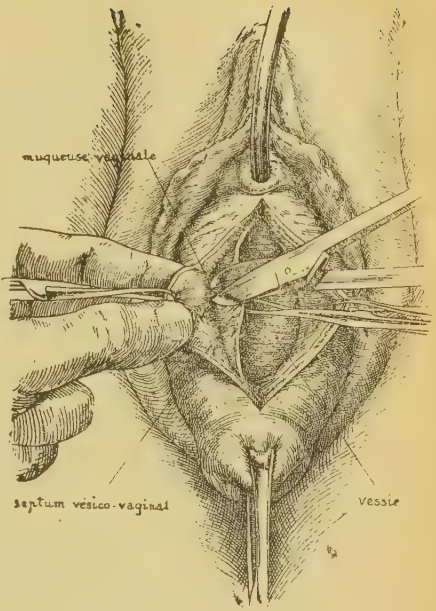
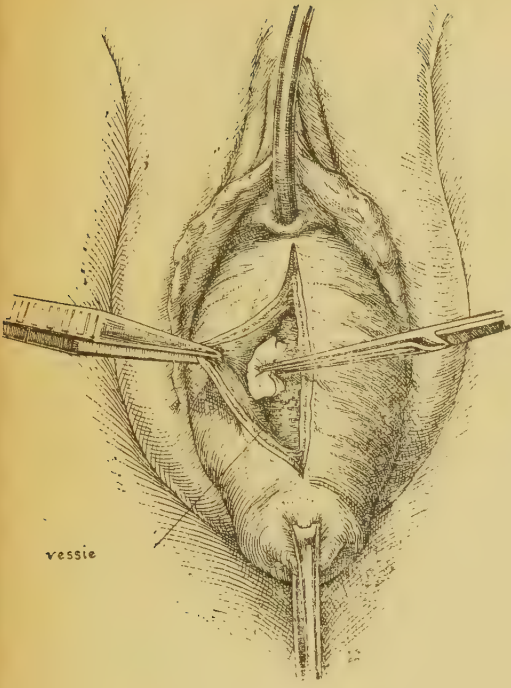
On doit ioder soigneusement le périnée et le vagin.

Les champs sont mis en place.

1^o) Le premier temps est la dissection du périnée antérieur.

On harponne la lèvre antérieure du col à l'aide d'une pince de Museux, on l'attire en bas et en arrière, l'orifice urétral est repéré; nous conseillons d'y introduire une sonde de Nélaton qui servira de repère en profondeur lors de la dissection.

Une incision médiane, franche, au bistouri est tracée du tubercule sous-urétral en un point confinant à un centimètre et demi du bord libre du col. Cette inci-

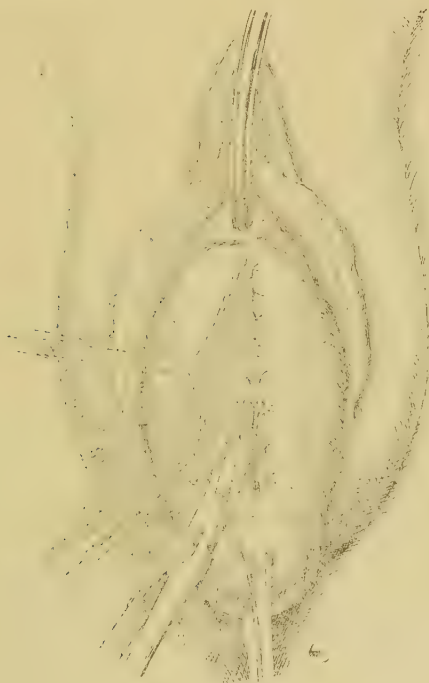
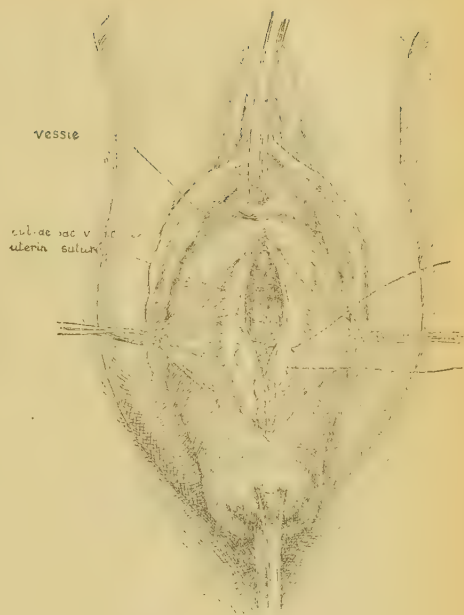
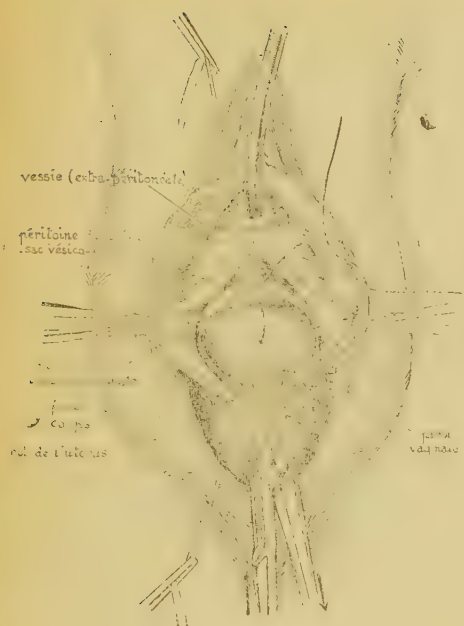


sion est dans la règle exsangue. Elle intéresse la muqueuse, le fascia périvaginal et le septum vésico-vaginal. On se porte d'emblée au niveau de la zone décollable à la partie médiane de l'incision et l'on commence la dissection de chaque lèvre en se portant à ce niveau le plus loin possible latéralement. Cette dissection se aisément, en principe, sans suite hémorragique notable, on l'amorce au bistouri, on poursuit le décollement à la compresse montée. Vers le haut on ne trouve pas ce plan de clivage : c'est au bistouri en s'aidant de l'épaisseur approximative des tissus disséqués plus bas que l'on parvient moins aisément à récliner prudemment les lèvres de l'incision en dehors.

Cette dissection terminée, on juge de l'épaisseur des lambeaux qui représentent chacun la muqueuse et le fascia périvaginal en surface, le septum vésico-vaginal en profondeur. Ce septum, nous l'avons dit, est variable dans son importance, s'il peut avoir plusieurs millimètres d'épaisseur, il peut aussi être extrêmement réduit. On doit s'efforcer de l'individualiser, de le séparer du fascia périvaginal, aux ciseaux courbes, on dissèque alors chaque lèvre de l'incision : les difficultés rencontrées semblent surtout dépendre de la qualité des tissus : leur friabilité extrême peut obliger parfois à y renoncer.

La dissection terminée permet d'individualiser de chaque côté de l'incision médiane deux lambeaux triangulaires que l'on ne réséquera qu'en fin d'intervention.

C'est alors que l'on repère le point de réflexion ultime de la vessie sur le col utérin, repli blanchâtre qu'on sépare à petits coups de ciseaux courbes. Cette section donne lieu habituellement à une hémorragie veineuse insignifiante. Bientôt la libération est faite et c'est à la compresse montée que l'on doit refouler la vessie vers le haut dans la situation la plus élevée possible : cet organe d'ailleurs effectue souvent son retrait de



lui-même. Il nous a semblé utile pour maintenir en position élevée la réduction de la cystocèle de plisser la vessie en fauillant à la petite aiguille de Reverdin un fil de lin en bourse sur cette portion de la musculuse.

L'intervention sera terminée en suturant le septum vésico-vaginal puis le fascia périvaginal. On ne pratiquera pas de résection du septum vésico-vaginal; il importe que ce plan ait le plus de solidité possible. A l'aiguille courbe on passera des points séparés en ramassant loin sur les côtés le maximum de tissu qui se trouvera ainsi condensé après ligature sur la ligne médiane.

Des points en U sont passés à la base des lambeaux superficiels. Leur affrontement sur la ligne médiane avant de les nouer mesure l'étendue de la résection muqueuse que l'on ne pratiquera qu'à ce moment et à la demande.

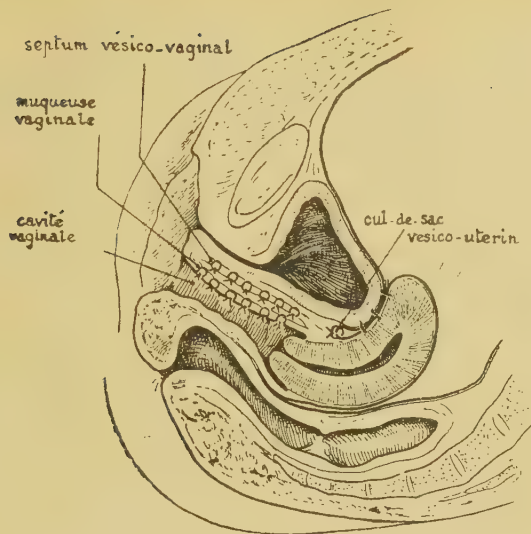
Toutes ces sutures sont exécutées à points séparés.

Un surjet au catgut 0 enfouit la suture de la muqueuse.

2°) Le deuxième temps n'est pas facultatif. Il doit être exécuté à la demande des indications cliniques tirées de l'examen local et général.

Il s'adresse essentiellement aux cas où l'utérus a tendance à se redresser sur son axe, ouvrant ainsi plus ou moins le cul-de-sac vésico-utérin. L'indication majeure est le cas des rétroversions réductibles associées à une cystocèle.

Ce temps consiste à ouvrir au maximum l'angle dièdre vésico-utérin : une valve tenue par un aide refoule la vessie vers le haut, la pince de Museux attire au maximum le col en bas et en arrière. Le cul-de-sac péritonéal, disséqué par la pince montée, apparaît au sommet de la préparation. Il est ouvert prudemment aux ciseaux courbes, les deux lèvres péritonéales antérieure et postérieure sont repérées par un catgut, il faut attirer le



corps utérin. Pour ce faire, on refoule le col utérin en haut et en arrière dans le vagin, à l'aide de la pince de Museux et on attire la face antérieure du corps en avant et en bas à l'aide de pinces tire-balles, placées sur la ligne médiane de plus en plus haut sur le corps.

Le catgut le plus haut sera placé sur la face postéro-supérieure de la vessie et amarré au fond utérin. Des points sous-jacents seront placés à leur tour.

Le cul-de-sac vésico-utérin est ainsi oblitéré. l'utérus est placé dans une situation physiologique. Le péritoine est ensuite suturé au catgut à points séparés.

La fin de l'intervention qui comporte la suture en deux plans du périnée antérieur est conduite comme si l'on s'était borné au premier temps de l'opération.

3°) Le troisième temps opératoire est la réfection du périnée postérieur. Il est presque toujours obligatoire. Il consiste à refaire un coin périnéal solide qui s'opposera indirectement mais d'une manière non négligeable à la poussée de la cystocèle. Nous n'insisterons pas sur sa description, ce serait sortir du cadre de la question qui nous intéresse. Qu'il suffise de rappeler que l'on pratiquera un dédoublement de la cloison vaginale conduisant à une suture des releveurs bords à bords.

La suture cutanéomuqueuse sera conduite dans le sens sagittal pour reporter en avant la fourchette et augmenter ainsi la distance ano-vulvaire.

4°) Le quatrième temps opératoire sera en réalité pratiqué le premier lorsque son indication sera posée. Il s'adresse à l'allongement hypertrophique du col. Il demandera parfois à être exécuté dans une séance opératoire antérieure mais pratiquement il pourra être réalisé dans le même temps. Cette résection sera faite de préférence d'une manière intra-vaginale à la manière de SCHRODER. Dans les cas où l'on est amené à amputer

le col en deux temps ce ne sera qu'après cicatrisation complète du moignon de col rectifié que l'on sera autorisé à entreprendre le premier temps de l'opération d'HALBAN.

C) Soins post-opératoires :

Il ne nous a pas semblé utile de placer une sonde à demeure après l'intervention; il n'est nécessaire de sonder l'opérée que lorsque se manifeste une rétention d'urine, reflexe que l'on doit attendre. Celle-ci disparaît habituellement après une injection intra-vésicale de quelques centimètres cubes de glycérine boriquée à saturation. En cas de rachi-anesthésie, l'opérée sera couchée à plat vingt-quatre heures.

Le shock opératoire est habituellement minime ou nul.

L'alimentation continuera à être réduite dans les jours qui suivront. On administrera deux centigrammes d'extrait thébaïque pendant deux jours.

Localement, il suffira de donner journellement une petite injection d'eau iodée à faible concentration.

Le sixième jour, une cuillerée à dessert d'huile de ricin, le septième jour une purge auront raison de la constipation.

Le lever ne sera pas autorisé en principe avant le quinzième jour.

OBSERVATIONS - RÉSULTATS

Nous avons groupé les observations recueillies en majeure partie dans le service de Monsieur le Professeur MOCQUOT, en quatre catégories. Ces observations concernent évidemment des prolapsus assez divers pour lesquels des sanctions thérapeutiques en rapport avec chaque cas particulier ont été appliquées. Elles s'intègrent toutes dans le cadre de l'opération d'HALBAN :

1°) Le premier groupe de faits concerne des cystocèles modérées entraînant une gêne variable nullement en rapport d'ailleurs avec l'importance du désordre anatomique. Dans ces cas, il a été procédé à des interventions très limitées. La réfection du périnée antérieur a été pratiquée à la manière d'HALBAN en disséquant par voie médiane fascia périvaginal et septum vésico-vaginal qui ont été suturés séparément. Il s'agissait répétitions-le beaucoup plus d'une chute de la paroi antérieure du vagin que d'une cystocèle : il a paru inutile de libérer la vessie du col utérin et de la refouler derrière la symphyse.

2°) La seconde catégorie concerne des cystocèles souvent très accentuées ne s'accompagnant pas de modifications de la statique utérine. Dans ces cas la vessie a été libérée de ses attaches et refoulée au maximum. Lorsqu'il existait une certaine incontinence par atteinte du sphincter, la région du col a été disséquée et plissée à la manière de MARION.

3°) La troisième catégorie représente des interventions complètes avec vésico-fixation haute.

4°) Enfin, nous avons groupé quelques observations d'interposition utérine pratiquées dans le service :

Elles diffèrent peu dans leur réalisation des vésico-fixations. L'utérus est cependant basculé plus fortement en avant puisque le péritoine vésical est suturé en général à la face postérieure de l'isthme.

OBSERVATION N° 1

Madame B..., soixante-neuf ans; légère cystocèle.

Intervention le 14 octobre 1942. Opération : Docteur ORSONI, SCHLEICH.

1°) Colporraphie antérieure :

Incision vaginale longitudinale. Décollement des lames fibreuses inter-vésico-vaginales qui sont minces et friables.

Plicature du col vésical par deux points en U au lin suivant le procédé de MARION.

Croisement des lames fibreuses en paletôt. Résection vaginale. Colporraphie par surjet au catgut.

2°) Colpopérinéorraphie postérieure.

Dédoublement du périnée. Colpectomie triangulaire. Myorraphie des releveurs par trois catguts. Colporraphie à points séparés au catgut. Suture habituelle en capitonant.

Suites opératoires normales.

(N'a pas donné de ses nouvelles.)

OBSERVATION N° 2

Madame P..., quarante-cinq ans; prolapsus génital moyen. Cystocèle sans rétroversion utérine.

Intervention le 11 novembre 1942. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot, SCHLEICH.

1°) *Colporraphie antérieure*. Incision verticale et médiane; on isole facilement deux feuillets aponévrotiques résistants que l'on suture en les croisant. Adossement des lambeaux vaginaux par points en U. Résection et suture.

2°) *Colpopérinéorrhaphie postérieure*. Dédoublement de la cloison recto-vaginale; recherche et suture des releveurs; résection d'un lambeau triangulaire de la paroi vaginale postérieure. En passant l'aiguille pour suturer les muscles superficiels, on ouvre un kyste de la glande de BARTHOLIN gauche passé inaperçu et d'où s'écoule du liquide puriforme. Extirpation de la poche kystique. La suture du périnée est achevée en un seul plan aux crins de FLORENCE.

Revue le 23 mars 1944. Bon mur périnéal. Utérus en antéversion; très bonne sangle. Pas de pertes des urines.

OBSERVATION N° 3

Madame A..., quarante-huit ans; prolapsus avec cystocèle marquée sans aucun trouble urinaire; rectocèle; utérus en position intermédiaire.

Intervention le 12 novembre 1942. Opération : Docteur DESFOSSES, SCHLEICH.

1°) *Colporraphie antérieure* par incision verticale. Dissection du fascia fibreux après décollement de la vessie. Suture de ce plan assez serrée; suture de la muqueuse vaginale par points en U. Section de la muqueuse. Surjet au catgut.

2°) *Colpopérinéorrhaphie postérieure*. On arrive à trouver les releveurs assez faibles d'ailleurs. Suture au catgut. Résection triangulaire de la muqueuse. Crins sur la peau.

Suites opératoires normales. Sortie le 1^{er} décembre 1942.

Revue le 24 mars 1944. Périnée postérieur bon, mais légère cystocèle. La malade se plaint d'une sensation de pesanteur à l'effort; légère hernie gauche.

OBSERVATION N° 4

Madame D..., cinquante-six ans. Prolapsus avec cystocèle et rectocèle depuis trente-cinq ans. Rétroversion utérine fixée (deux enfants).

Intervention le 17 novembre 1942. Opération : Docteur Desrossés, Schleich.

1°) *Colporraphie antérieure*.

Incision verticale médiane. Dissection du fascia pré-vésical. Suture de ce plan. Résection de la muqueuse après points en U. Surjet au catgut.

2°) *Périnéorrhaphie postérieure*.

Suture des releveurs au catgut, puis résection cunéiforme de la muqueuse vaginale. Crins cutanés.

(N'a pas donné de ses nouvelles.)

OBSERVATION N° 5

Madame P..., quarante-quatre ans. Prolapsus génital de degré moyen.

Intervention le 23 novembre 1942. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot, Schleich.

1°) *Colporraphie antérieure.*

Dissection du fascia inter-vésico-vaginal. Suture en redingote. Points en U sur les lambeaux vaginaux. Résection et surjet.

2°) *Colpopérinéorraphie postérieure.*

Dédoublement de la cloison. Dissection et suture des releveurs. Résection d'un triangle vaginal. Suture des muscles superficiels. Crins sur la peau.

Suites opératoires normales.

(N'a pas donné de ses nouvelles.)

OBSERVATION N° 6

Madame G..., cinquante-et-un ans.

Malade opérée antérieurement d'un périnée et présentant une ptose importante mais seulement de la partie haute du vagin; distension des releveurs qui sont très réduits au point de vue valeur.

1°) *Colporraphie antérieure.*

Incision médiane. Le décollement malgré la cicatrice n'est pas trop laborieux bien qu'un peu hémorragique. Le fascia sous-vésical est mince, mais on arrive à en faire une suture satisfaisante. Reconstitution de la muqueuse après résection.

2°) *Périnéorraphie postérieure par dédoublement.*

Incision sur la ligne médiane de la muqueuse. On décolle très facilement. Périnée au catgut en deux plans. Résection muqueuse. Crins.

Suites opératoires immédiates normales.

(N'a pas donné de ses nouvelles.)

OBSERVATION N° 7

Madame L..., vingt ans. Cystocèle modérée.

Intervention le 20 janvier 1938. Opération : Mocteur MATHEY.
Schleich.

A la suite d'un accouchement en décembre 1938, avait eu le col très déchiré (plusieurs incisions, forceps). Déchirure du périnée et du sphincter anal. Il ne restait que la muqueuse. D'autre part, a présenté de la pyurie.

1°) Plastie de la lèvre antérieure du col exubérante et irrégulière.

2°) *Colporraphie antérieure.*

Incision verticale. Dissection de la vessie. Suture du vagin en deux plans au catgut. Points en U et points séparés d'affrontement.

3°) *Colpopérinéorrhaphie postérieure* avec suture des releveurs. Le droit est assez bon, le gauche très mauvais. Suture des muscles superficiels du périnée. Suture de la muqueuse et de la peau solidarisée avec les muscles du périnée superficiel. Crins cutanés. Sonde vésicale à demeure.

Suites opératoires immédiates normales. Sortie le 11 février 1938.

(N'a pas donné de ses nouvelles.)

OBSERVATION N° 8

Madame P..., trente-neuf ans. Cystocèle; première intervention le 16 novembre 1943 : biopsie et électro-coagulation du col.

Deuxième intervention : le 10 décembre 1943. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Schleich.

1°) Incision vaginale antérieure intéressant muqueuse et fascia péri-vaginal. On refoule la vessie vers le haut après avoir bridé la région du col vésical par trois points en X au catgut. Dissection du fascia. Suture du fascia en paletot. Points en U sur la muqueuse vaginale dont l'excès est réséqué.

2°) Dédoublement recto-vaginal assez malaisé. Points en U sur le bord interne des releveurs. Résection triangulaire de la muqueuse vaginale; quelques points sur le périnée superficiel. Deux crins cutanés. Sonde à demeure.

Suites opératoires normales.

OBSERVATION N° 9

Madame R..., cinquante-cinq ans. Cystocèle modérée avec hypertrophie du col.

Intervention le 15 décembre 1943. Opération : Docteur THOYER-ROZAT, Schleich.

1°) *Amputation du col.*

Incision circulaire. Refoulement des parois vaginales antérieures et postérieures; ligature des vaisseaux cervico-vaginaux. Amputation du col supra-vaginale. Suture en deux plans de la tranche vaginale postérieure à la demi-circonférence postérieure : on passe les fils antérieurs sans prendre la tranche vaginale.

2°) *Colporraphie antérieure* par le procédé habituel avec dissection aisée du fascia vésico-vaginal. On termine en suturant la partie inférieure des lambeaux vaginaux à la demi-circonférence antérieure utérine.

3°) *Colpopérinéorraphie postérieure* par le procédé habituel. Sonde à demeure.

Suites opératoires immédiates normales.

(N'a pas donné de ses nouvelles.)

OBSERVATION N° 10

Madame D..., soixante-trois ans. Cystocèle assez accusée avec légère rectocèle; releveurs écartés mais assez bien conservés en arrière. La partie antérieure du sphincter anal paraît avoir été déchirée. On ne sent plus de muscle en avant de l'anus.

Intervention le 26 octobre 1938. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot, Schleich.

1°) Incision verticale médiane jusqu'au plan de clivage vésico-vaginal. Décollement et refoulement de la vessie. On fait alors à la face profonde du lambeau à droite et à gauche une incision superficielle et on isole ainsi de chaque côté le fascia péri-vaginal. Les bords du fascia sont rapprochés sur la ligne médiane par trois points de suture. Puis on affronte la base des lambeaux par trois points en U. Résection des deux lambeaux et suture en surjet à points passés.

2°) *Colpopérinéorrhaphie postérieure.*

Avivement de la commissure postérieure de la vulve. Dédoulement assez laborieux de la cloison recto-vaginale. Suture des releveurs au catgut. Suture poussée aussi loin que possible en avant. Un point de suture en arrière pour reconstituer le sphincter. Résection d'un triangle de la paroi vaginale; deux points de catgut sur les plans musculo-aponévrotiques superficiels. Affrontement de la peau par un surjet sous-cutané au catgut. (Ce procédé d'affrontement a donné un résultat médiocre; il y a eu désunion superficielle.)

Suites opératoires immédiates normales.

OBSERVATION N° 11

Madame F..., quarante ans; antécédents : deux accouchements.

A subi une périnéorrhaphie le 3 février 1937. Consulte pour récidive. L'intervention n'a pas donné le résultat cherché. A l'examen : large béance de la vulve. Cystocèle et rectocèle importantes. Incon-

tinence d'urine à la toux. Utérus en antéversion un peu gros. Releveurs déficients.

Intervention le 18 novembre 1938. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot, Schleich.

1°) *Colporraphie antérieure*. Il y a une zone cicatricielle médiane sur la partie inférieure de la paroi antérieure du vagin, mais la partie supérieure s'abaisse encore. Après repérage, incision verticale et médiane; on cherche le plan de clivage en haut près du col et on poursuit le décollement en bas de chaque côté. On essaie d'isoler les éléments résistants à la face profonde de la paroi vaginale, mais on ne parvient pas à obtenir un plan continu. La vessie étant fortement refoulée en haut. Suture des tractus fibreux. Points en U à la base des lambeaux muqueux. Résection des lambeaux et surjet sur la tranche.

2°) *Colpopérinéorraphie postérieure*. Dédoublement difficile. On a cru avoir ouvert le rectum et le trou a été immédiatement suturé en bourse. Décollement assez hémorragique, découverte des releveurs très faibles; suture par trois points séparés au catgut. Résection d'un triangle vaginal postérieur. Suture des muscles superficiels. Crins cutanés. Sortie le 11 décembre 1938.

Suites opératoires immédiates normales.

Revue le 3 mars 1944. Incontinence partielle des urines à l'effort. Règles normales, pas de pertes blanches. Vulve étroite admettant un doigt et demi; pas d'impulsion à l'effort. T. V. : cicatrice de colporraphie antérieure; col en bonne place, haut situé vers le cul-de-sac postérieur. Utérus en antéversion bien mobile, semblant un peu gros : cul-de-sac souple. Rapprochement des releveurs excellent. Bon mur périnéal senti par doigt rectal et doigt vaginal.

OBSERVATION N° 12

Mme B..., quarante-sept ans. Prolapsus génital premier degré; surtout cystocèle; utérus en position normale, s'abaisse peu. Releveurs écartés mais encore bien développés surtout à droite.

S. F. : envie fréquente d'uriner. Incontinence depuis huit jours, pesanteur rectale. Règles normales.

Antécédents : trois enfants ; petite déchirure au premier accouchement.

Intervention le 13 janvier 1939. Monsieur le Professeur Mocquot. Schleich.

1°) *Colporraphie antérieure*. La partie inférieure du vagin reste bien fixée ; seule la partie supérieure s'abaisse. L'incision est faite sur la partie supérieure du vagin. Le plan de clivage est décollé du haut en bas. La vessie refoulée. On distingue nettement à la face profonde, des lambeaux, un fascia bien développé que l'on peut disséquer de chaque côté. Les deux lambeaux aponévrotiques libérés sont superposés par deux points de catgut et réunis par des fils séparés, croisés en redingote. Points en U à la base des lambeaux. Résection et suture en surjet.

2°) *Colpopérinéorraphie postérieure*. Avivement et débridement vertical. Dédoublément recto-vaginal assez laborieux et hémorragique. Suture des releveurs par quatre points de catgut. Résection d'un triangle vaginal postérieur. Suture des muscles superficiels. Crins cutanés. Sonde à demeure.

Sortie le 29 janvier 1939 : suites opératoires normales.

Revue le 3 mars 1944 : très bon résultat (dixit la malade). Belle fourchette. Malade encore réglée, col dans l'axe du vagin. Releveurs magnifiques. Bon mur périnéal.

OBSERVATION N° 13

Madame S..., quarante ans. Prolapsus génital de degré moyen avec cystocèle assez accentuée.

Intervention le 10 février 1939. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Rachi syncaïne.

1°) *Colporraphie antérieure* : incision verticale médiane ; décollement vésico-vaginal à partir du col utérin ; refoulement de la vessie. On isole facilement à la face profonde des lambeaux le

fascia péri-vaginal résistant. Les deux lambeaux aponévrotiques sont croisés et suturés; points en U à la base des lambeaux muqueux; résection et surjet sur la tranche.

2°) *Colpopérinéorrhaphie postérieure* : dédoublement recto-vaginal; rapprochement des releveurs par des points de catgut. Résection d'un triangle vaginal et suture; affrontement des plans musculaires superficiels et de la peau.

Suites opératoires : à partir du douzième jour, cette malade a eu une série d'hémorragies secondaires abondantes paraissant provenir de la paroi vaginale antérieure. Arrêtées chaque fois par tamponnement.

Sortie le 1^{er} avril 1939.

Revue en mars 1944. A nouveau incontinence d'urine à l'effort. Utérus en antéversion. Col dans le cul-de-sac postérieur. Légère poussée vésicale. Bons releveurs bien rapprochés. Très bon mur périnéal.

OBSERVATION N° 14

Mme C..., prolapsus génital du premier degré avec surtout prolapsus de la partie basse et antérieure du vagin. Incontinence d'urines.

Intervention le 12 mars 1941. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Schleich.

1°) *Colporraphie antérieure.*

Incision verticale médiane sur toute la hauteur du vagin.

Décollement de la vessie de haut en bas. On trouve très facilement de chaque côté à la face profonde du lambeau un feuillet aponévrotique résistant que l'on peut isoler sur toute la largeur. Les deux feuillets aponévrotiques sont adossés l'un à l'autre sur la ligne médiane. Puis les deux lambeaux vaginaux sont rapprochés à leur base par trois points en U, réséqués et affrontés par un surjet de catgut.

2°) *Colpopérinéorrhaphie postérieure.*

Avivement du bord postérieur de la vulve avec débridement vertical. Dédoulement de la cloison. Recherche des releveurs qui sont très peu développés. Suture des releveurs. Résection d'un triangle de la paroi vaginale. Suture du vagin puis des muscles superficiels. Suture de la peau aux crins.

Revue en mars 1943. Très bon état. Plastique vulvaire très bien; col très perméable; aucune descente de la vessie. Col haut situé. Utérus en bonne antéversion.

OBSERVATION N° 15

Madame B..., trente-et-un ans. Prolapsus utérin et cystocèle. Béance vulvaire. Abaissement des parois vaginales à la toux. Au toucher : col déchiré; on sent une toute petite bride de releveur à gauche. Utérus en antéversion. Antécédent : un enfant de quatre ans; pas de fausse-couche. Dernières règles du 13 au 17 mars, très peu abondantes.

Intervention le 20 avril 1942. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Schleich.

1°) *Colporraphie antérieure.*

Chez cette malade déficience presque complète des muscles périnéaux. Relâchement des parois vaginales qui viennent presque au contact des parois de l'excavation.

Incision verticale antérieure; dissection et refoulement de la vessie. Isolement du fascia péri-vaginal dont les deux feuillets sont croisés et suturés sur la ligne médiane. Affrontement par points en U des lambeaux vaginaux qui sont largement réséqués. Affrontement par surjet.

2°) *Colpopérinéorrhaphie postérieure.*

Technique habituelle. Suture des releveurs. Résection d'un large lambeau triangulaire de la paroi vaginale.

Excellent résultat, écrit la malade, le 24 mars 1944.

OBSERVATION N° 16

Mme O..., quarante-deux ans. Léger prolapsus avec incontinence d'urines.

Intervention le 12 juin 1942. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Schleich.

1°) *Colporraphie antérieure.*

Incision verticale de la paroi vaginale et du feuillet aponévrotique. Dissection et refoulement de la vessie et du col vésical. Rétrécissement de la région du col par deux points de suture au catgut, puis isolement du fascia de chaque côté. Les deux lambeaux aponévrotiques sont croisés en redingote. Points en U sur la paroi vaginale. Résection des lambeaux et suture.

2°) *Colpopérinéorraphie postérieure.*

Suture des releveurs et résection d'un lambeau triangulaire de la paroi vaginale.

(N'a pas donné de ses nouvelles.)

OBSERVATION N° 17

Madame P..., quarante-six ans. Colpocèle et rectocèle importantes avec releveurs très déficients. Pas de troubles urinaires. Utérus en position normale.

Intervention le 1^{er} novembre 1943. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Schleich.

1°) Colporraphie antérieure large. Décollement et refoulement de la vessie. Constitution d'un paletot fibreux sous-vésical, puis suture de la muqueuse en deux plans par un surjet au catgut.

2°) Colpopérinéorraphie postérieure. Le décollement est assez facile, quoique hémorragique; trois points sur les releveurs. Résection muqueuse large. Crins cutanés.

Suites opératoires normales.

(N'a pas donné de ses nouvelles.)

OBSERVATION N° 18

Madame M., quarante-quatre ans. Prolapsus génital du deuxième degré avec cystocèle. Hystéropexie il y a quinze ans. Périnéorrhaphie il y a dix ans. Incontinence d'urines depuis vingt-deux ans à l'effort, à la suite d'un accouchement.

Intervention le 17 mars 1943. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot, Schleich.

1°) Périnéorrhaphie antérieure. Incision médiane de la paroi antérieure avec à sa partie supérieure une branche en T sur la face antérieure du col. Vessie assez facile à refouler. Dissection du fascia vésico-vaginal : suture en paletot. Suture de la muqueuse à points séparés au catgut. L'incision en T est suturée de façon à allonger la paroi vaginale antérieure.

2°) Périnéorrhaphie postérieure. Technique habituelle. Myorrhaphie des releveurs au catgut : résection muqueuse. Crins cutanés. Sonde à demeure.

Revue le 31 mars 1944. Bonne plastique vulvaire, bon mur péri-néal. Ni cystocèle ni rectocèle, mais persistance d'une incontinence à l'effort.

OBSERVATION N° 19

Madame R., quarante-huit ans. Prolapsus avec cystocèle.

Intervention le 19 mars 1943. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot, Schleich.

1°) Périnéorrhaphie antérieure. Incision médiane de la paroi vaginale antérieure. Décollement vésical. Quatre points en U pour resserrer le col vésical et la région sus-jacente. Dissection du fascia vésico-vaginal et suture en paletot. Suture au catgut de la muqueuse vaginale qu'on résèque. Surjet d'enfouissement au catgut.

2°) Périnéorraphie postérieure par dédoublement. Trois points de catgut sur les releveurs. Résection muqueuse. Crins cutanés. Suites opératoires immédiates normales.

(N'a pas donné de ses nouvelles.)

OBSERVATION N° 20

Madame S..., soixante ans. Cystocèle importante.

Intervention le 5 avril 1943. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Schleich.

1°) Périnéorraphie antérieure. Incision vaginale antérieure. Dissection et suture du fascia après refoulement de la vessie.

Résection de la muqueuse en excès et suture en surjet.

2°) Colpopérinéorraphie postérieure. Technique habituelle. Myorraphie des releveurs au catgut.

Revue le 31 mars 1944. A beaucoup maigri. Double cicatrice inguinale de hernies. Bonne plastique vulvaire. Bonne distance ano-vulvaire. Anneau cicatriciel intra-vaginal admettant à peine l'index. Aucun prolapsus.

OBSERVATION N° 21

Mme M..., soixante-trois ans. Cystocèle et colpocèle importantes.

Intervention le 6 mai 1943. Opération : Docteur Poussier. Schleich.

1°) *Périnéorraphie antérieure.*

Incision médiane; refoulement de la vessie; clivage du fascia vésico-vaginal; plicature de ce fascia. Excision muqueuse. Points en U et surjet sur les tranches.

2°) *Colpopérinéorraphie postérieure.*

Dédoublement; rapprochement des releveurs par quatre points. Colpectomie triangulaire large. Crins cutanés. Sonde à demeure.

Suites opératoires : a présenté dans les jours suivants une fistule vésico-vaginale, opérée le 28 juillet 1943.

Revue en mars 1944 : la malade continue à perdre ses urines. Périnée en très bon état. Très solide.

OBSERVATION N° 22

Madame Pri..., soixante-deux ans. Cystocèle très marquée. Antécédents : forceps.

Intervention le 14 mai 1943. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Epidurale.

1°) *Périnéorrhaphie antérieure.*

Incision médiane antérieure. Clivage inter-vésico-vaginal. Refoulement de la vessie avec trois points frongant la paroi postérieure de la vessie. Suture en paletot du fascia inter-vésico-vaginal. Points en U sur la muqueuse et surjet.

2°) Dédoublement recto-vaginal difficile. Releveurs suturés par quatre points. Colpectomie triangulaire large. Crins cutanés. Sonde à demeure.

Suites opératoires immédiates normales.

(N'a pas donné de ses nouvelles.)

OBSERVATION N° 23

Madame F..., cinquante-quatre ans. Très grosse cystocèle avec rétroversion.

Intervention le 24 août 1943. Opération : Docteur SALINESI. Schleich.

1°) *Périnéorrhaphie antérieure.*

Incision verticale médiane antérieure. Décollement et refoulement de la vessie qu'on repousse très haut en raison de l'importance

de la cystocèle. Dissection du fascia inter-vésico-vaginal. Suture du fascia par points en U. Colpectomie; surjet.

2°) *Colpopérinéorraphie postérieure.*

Dédoublement postérieur. Cinq points sur les releveurs au catgut. Colpectomie postérieure. Crins cutanés.

Le 14 septembre 1943 : ligamentopexie avec appendicectomie suivie d'occlusion intestinale opérée le 25 septembre 1943.

Revue le 24 mars 1944 : suppression complète des troubles vésicaux sauf de temps en temps à l'effort; à l'examen : excellente réfection : ni colpocèle antérieure, ni colpocèle postérieure; col très haut. Utérus en bonne position antérieure. Bonne sangle des releveurs.

OBSERVATION N° 24

Madame G..., quarante-deux ans. Cystocèle et surtout rectocèle; incontinence d'urines.

Intervention le 17 octobre 1943. Opération : Docteur SALINESI. Schleich.

1°) *Périnéorraphie antérieure.*

Incision vaginale antérieure. Dissection de la vessie que l'on refoule aisément. Dissection du fascia d'HALBAN que l'on isole bien à droite, plus difficilement à gauche. Suture du fascia; points en U sur le vagin. Colpectomie antérieure; surjet sur la tranche vaginale.

2°) *Colpopérinéorraphie postérieure.*

Dédoublement postérieur; les releveurs paraissent solides; myorraphie postérieure; colpectomie postérieure; points séparés sur le vagin. Crins sur la peau.

Revue le 24 mars 1944 : excellente suspension; pas de chute de la vessie. Fond utérin vertical; très bon périnée, très solide. Plus de pertes d'urines.

OBSERVATION N° 25

Madame C., cinquante-neuf ans. Cystocèle importante et releveurs en mauvais état.

Intervention le 17 décembre 1943. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Schleich.

1°) *Périnéorraphie antérieure.*

Incision sagittale de la colonne antérieure du vagin. La vessie se laisse mal refouler. Le plan de clivage n'est pas net. On parvient avec quelques difficultés à ouvrir le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin, mais l'utérus ne peut être basculé. Il est très adhérent en avant et peut-être aussi en arrière; quelques fibres l'amarrent au fascia au-dessous de la vessie. Suture du fascia. Points en U sur la muqueuse vaginale; résection; surjet sur la tranche.

2°) Dédoublement recto-vaginal assez aisé. Releveurs très faibles; myorrhaphie au catgut. Colpectomie postérieure triangulaire. Crins cutanés.

Revue le 24 mars 1944. Très bon état. Col très haut; plus aucune gêne. Légère pointe de hernie droite.

OBSERVATION N° 26

Madame M., quarante-cinq ans. Prolapsus utérin remontant à une dizaine d'années. Troubles fonctionnels accentués depuis quelques mois : pesanteur du bas ventre, douleurs quand la malade s'assied. Antécédents trois fausses-couches, un enfant à terme.

A l'examen : cystocèle et rectocèle à l'effort; pas de perte des urines à la toux; col à deux centimètres de la vulvè, allongé; corps en légère antéversion. Releveur droit bon, gauche déficient.

Intervention le 10 janvier 1938. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Schleich.

1°) Amputation du col. L'utérus est gros et mesure dix centimètres à l'hystéromètre; après dilatation on pratique une amputation du col à la Schroder en deux valves. Suture de la muqueuse cervicale à la muqueuse vaginale et points commissuraux.

2°) Colporraphie antérieure et vésico-fixation.

Incision verticale de la paroi vaginale antérieure. Muqueuse irrégulière et grenue. Epaississement considérable du vagin. Le clivage vésico-utérin est difficile à trouver et on a peine à arriver au cul-de-sac vésico-utérin et à l'ouvrir. Le péritoine ouvert, l'incision est agrandie et on attire alors l'utérus par prises successives avec des pinces de Museux, d'ailleurs trop offensantes pour l'utérus. Le corps utérin est très gros, de sorte qu'on ne l'attire pas entièrement dans la plaie. La région des cornes est fixée de chaque côté à la paroi vésicale. Affrontement des lambeaux vaginaux par des points en U. Résection et surjet sur la tranche.

3°) Colpopérinéorraphie postérieure. Avivement postérieur. Dédoublement recto-vaginal assez hémorragique et difficile. Paroi vaginale très épaissie; suture au catgut des releveurs.

OBSERVATION N° 27

Madame M..., quarante-cinq ans. Pesanteur dans le bas ventre depuis deux ou trois ans. Pollakiurie nocturne. Constipation. Depuis son dernier accouchement, à peine réglée; perd quelques gouttes de sang tous les vingt-et-un jours environ. Examen : col souple, long, conique. Légère érosion sur la lèvre antérieure. Déchirure du col du côté droit. Utérus abaissé en position intermédiaire. Le fond est au niveau du promontoir. Releveurs écartés de deux travers de doigt. Le droit est meilleur que le gauche.

Intervention le 18 février 1938. Opération : Docteur PALMER. Schleich.

1°) Dissection et refoulement de la vessie.

2°) Vésico-fixation à la manière d'HALBAN.

3°) Dissection du fascia péri-vaginal et suture en paletot ; (épaisseur satisfaisante). Un point de plicature sous le col vésical.

4°) Périnée postérieur en deux plans sans aucune suture cutanée. Revue le 18 mai 1938 : perd encore un peu ses urines à l'effort : le col et la paroi antérieure du vagin épaissie s'abaissent encore en partie. Le périnée postérieur est excellent.

OBSERVATION N° 28

Madame B..., cinquante-trois ans. Prolapsus utérin datant de cinq ans; le port d'un pessaire a déterminé quelques ulcérations vaginales. Examen : dôme vaginal dilaté; utérus en position intermédiaire; abaissement de la paroi vaginale antérieure à la toux. Pas d'incontinence d'urines.

Intervention le 21 mars 1938. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Schleich.

1°) Colporraphie antérieure et vésico-fixation.

Incision verticale médiane. Dissection de la vessie et de la face antérieure de l'utérus. La vessie étant refoulée en haut et en avant, ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. L'utérus petit est aisément attiré; il est fixé par trois points au péritoine vésical et, en outre, à la paroi vaginale. Affrontement des lambeaux vaginaux par trois points en U. Surjet sur la tranche.

2°) Colpopérinéorrhaphie.

Avivement vulvaire postérieur; dédoublement et section médiane du vagin. Dissection des releveurs que l'on rapproche avec trois points de catgut. Résection des lambeaux vaginaux et suture de la paroi à points séparés. Suture des muscles superficiels et crins sur la peau.

Décédée le 30 avril 1938.

OBSERVATION N° 29

Madame H..., trente-sept ans.

Intervention le 10 juin 1941. Opération : Docteur PALMER. Schleich.

1°) Dissection de la paroi vaginale, puis dissection vésico-utérine. Amputation supra-vaginale du col. Ligature des vaisseaux cervicaux; suture de la demi-circonférence postérieure. Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin; bascule de l'utérus; on attire la vessie par plusieurs fils tracteurs; suture du fond utérin au point le plus élevé possible de la vessie; quatre autres points vésico-utérins. La dissection paraissant incomplète vers le col vésical on la complète à ce moment; colporraphie antérieure aux points en U. Résection de l'excès de muqueuse. Sonde vésicale à demeure.

2°) Colpopérinéorraphie postérieure. Réfection du sphincter externe. Myorraphie des releveurs; catgut sur le périnée superficiel. Crins sur la peau.

(N'a pas donné de ses nouvelles.)

OBSERVATION N° 30

Mme H..., trente-quatre ans. Prolapsus génital avec cystocèle.

Intervention le 23 juin 1942. Opération : Docteur PICARD-LEROY. Schleich.

1°) Incision médiane du col à l'urètre. Séparation du vagin et de la vessie, puis du vagin et de l'utérus. Ouverture du cul-de-sac antérieur. La face postéro-supérieure de la vessie est avancée progressivement par des fils de traction. On fait de même pour la face antérieure de l'utérus.

On solidarise par quatre points la face antérieure de l'utérus et la face postéro-supérieure de la vessie à la manière d'HALBAN. Fermeture du péritoine. Colporraphie antérieure.

2°) Périnée postérieur. Il existe une petite fistule recto-vaginale qu'on opère par dédoublement. Reconstitution du sphincter externe

déchiré. Suture des releveurs par quatre fils. Résection d'un triangle vaginal. Crins.

(N'a pas donné de ses nouvelles.)

OBSERVATION N° 31

Madame L., quarante-trois ans. Prolapsus léger avec rétroversion. Rectocèle importante.

Intervention le 25 janvier 1943. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Rachi.

1°) Incision verticale médiane. Décollement de la vessie.

2°) Décollement du cul-de-sac vésico-utérin.

3°) On attire l'utérus que l'on fixe par une série de points sur la vessie ; pour cela on extériorise au maximum le dôme vésical et on passe une série de catguts entre vessie et fond utérin. Colporraphie antérieure.

4°) Périmécorraphie postérieure par dédoublement et accolement des releveurs suivie d'une résection large de muqueuse vaginale. Crins cutanés.

(N'a pas donné de ses nouvelles.)

OBSERVATION N° 32

Madame M., cinquante-huit ans. Prolapsus avec cystocèle.

Intervention le 18 février 1938. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Schleich.

1°) Colporraphie antérieure. Incision verticale sur la paroi vaginale antérieure. Décollement de la vessie qui est refoulée en haut et en avant. Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. L'utérus qui est de volume sensiblement normal est facilement attiré en avant. Le feuillet péritonéal supérieur est fixé à la face postérieure de l'utérus. Les lambeaux de la paroi vaginale sont rapprochés par trois points en U puis réséqués et la plaie réunie par un surjet.

2°) Colpopérinéorrhaphie postérieure. Avivement et dédoublement. Suture des releveurs par trois points de catgut. Résection de la muqueuse en excès. Catguts sur la muqueuse; crins cutanés.

(N'a pas donné de ses nouvelles.)

OBSERVATION N° 33

Madame B..., cinquante-six ans. Large déchirure vulvaire; abaissement de la paroi vaginale antérieure; utérus petit rétroversé; les faisceaux antérieurs des releveurs ont disparu des deux côtés. Perd ses urines à la toux. Ménopause en 1938.

Intervention le 28 avril 1939. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Schleich.

1°) Colporraphie antérieure et redressement de l'utérus. Incision verticale sur la paroi antérieure du vagin. Cette paroi étant courte on fait en haut un débridement transversal. Dissection et refoulement de la vessie. Ouverture du cul-de-sac vésico-utérin. Le corps utérin est attiré avec quelque difficulté. Il paraît un peu fixé en arrière. On arrive cependant à suturer la lèvre antérieure du péritoine sur sa face postérieure; on dissèque la région du col vésical et on applique par trois points en U les tissus juxta-urétraux sur la ligne médiane. Les lambeaux vaginaux, affrontés à leur base par deux points en U sont réséqués et enfouis par un surjet.

2°) Colpopérinéorrhaphie postérieure. Dédoublement assez délicat à cause de la rectocèle assez accentuée. On isole de chaque côté les tissus encore résistants. Affrontement par trois points sur la ligne médiane. Résection d'un triangle de paroi vaginale postérieure. Suture des plans superficiels et crins sur la peau.

Sortie le 13 mai 1939. Suites opératoires immédiates normales.

OBSERVATION N° 34

Madame R..., quarante-et-un ans. Prolapsus génital chez une femme ayant eu plusieurs enfants. Déjà opéré de prolapsus il y a quatre ans. Désunion partielle. Utérus en rétroversion. Gros col

infecté, ulcéré et suppurant. Erosion de la paroi vaginale postérieure. Son état a nécessité trois semaines de préparation.

Intervention le 7 mars 1941. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Schleich.

1°) Amputation du col. Incision en raquette à queue antérieure; section des attaches vaginales. Ligature et section des pédicules latéraux. Amputation haute du col. En arrière, la paroi vaginale est affrontée aussitôt à la muqueuse utérine. Puis on prolonge en bas l'incision vaginale et on poursuit en haut la dissection de la face antérieure du col jusqu'au cul-de-sac péritonéal. Dissection des lambeaux vaginaux, difficile à cause de la cicatrice précédente; dissection et refoulement de la vessie. Ouverture du cul-de-sac péritonéal : on peut alors attirer l'utérus et le faire basculer avec quelque difficulté en raison de son volume. Ligature des trompes. Fixation du péritoine vésical à la face postérieure de l'utérus : en avant, l'utérus est fixé au reste de l'aponévrose vésico-vaginale bien visible à la partie inférieure. On ramène alors en arrière de l'utérus les lambeaux vaginaux sans résection. Affrontement à points séparés. Affrontement en haut de la muqueuse vaginale à l'orifice utérin.

2°) Colpopérinéorrhaphie postérieure. Technique habituelle : myorrhaphie au catgut; résection vaginale; affrontement des muscles superficiels. Crins cutanés.

Revue en mars 1944. Actuellement cystocèle discrète.

OBSERVATION N° 35

Madame T..., soixante ans. Cystocèle discrète. Utérus petit, en légère rétroversion, s'abaissant un peu à la toux; ménopause à cinquante ans.

Intervention le 17 octobre 1941. Opération : Monsieur le Professeur Mocquot. Schleich.

1°) Incision médiane antérieure; ouverture de l'espace décollable au voisinage du col et décollement de la vessie et de l'urètre. A la face profonde des deux lambeaux, on sépare facilement le fascia péri-vaginal. Puis on sépare facilement la vessie du col uté-

rin et l'on découvre le cul-de-sac vésico-utérin qui est ouvert. Bascule de l'utérus aisée. Suture du péritoine vésical à la face postérieure de l'isthme. Les deux cornes utérines sont fixées à la partie inférieure du fascia; puis le fascia est suturé à points séparés sous l'utérus et les lambeaux vaginaux, affrontés par des points en U, sont réséqués et suturés.

2°) Colpopérinéorrhaphie postérieure. Avivement et décollement recto-vaginal. Myorrhaphie au catgut. Résection d'un triangle vaginal. Suture du plan périnéal superficiel et de la peau.

Revue le 20 juillet 1943. Aucun trouble vésical. Pas de dysurie ni de pollakiurie. Col difficilement accessible en haut et en arrière. Petit utérus perçu derrière la paroi vaginale antérieure.

OBSERVATION N° 36

Madame J..., trente-neuf ans. Cystocèle importante sans rectocèle. Léger abaissement du col à l'effort. Utérus en situation normale.

Intervention le 15 mars 1944. Opération : B. LÉGER, Schleich. L'intervention n'a porté que sur le périnée antérieur.

Incision verticale médiane du tubercule sous-urétral au col. Cette incision intéresse la muqueuse et le septum vésico-vaginal. Leur épaisseur globale est en moyenne de quatre millimètres. Le décollement est poussée loin latéralement. La vessie est détachée de ses amarres cervicales et refoulée haut sous la symphyse. Hémostase. Dissection latérale du fascia d'HALBAN qui apparaît très résistant. Suture par des points en U du fascia qu'on ramène en masse sur la ligne médiane. Suture de la muqueuse par des points en U passés à la base des lambeaux que l'on résèque en fin d'intervention. Un point total au catgut prend en masse la muqueuse, le septum vésico-vaginal et la face antérieure de l'utérus à la limite du décollement vésical. Surjet d'enfouissement au catgut.

Suites opératoires. Légère désunion de un demi-centimètre, liée à la production d'un petit hématome très près du col, vers le

quatrième jour. Cet incident n'a eu aucune suite fâcheuse, la malade, revue le quinzième jour, présente une sangle sous-vésicale qui paraît très solide.

OBSERVATION N° 37

Madame M..., trente ans. Cystocèle importante isolée sans prolapsus génital. Hypertrophie accentuée de la lèvre antérieure du col.

Intervention le 3 avril 1944. Opération : B. LÉGER. Schleich.

Périnéorrhaphie antérieure et résection de la lèvre antérieure du col.

1°) Incision verticale médiane jusqu'à la vessie. Décollement latéral à la compresse, poussé loin sur les côtés. Refoulement de la vessie. Hémostase. Dissection du fascia d'HALBAN qui est très net, mais peu solide, surtout au voisinage du col. Suture du fascia par des points en U. Suture de la muqueuse par des points en U. Résection muqueuse. Une série de points séparés au catgut prennent en masse la muqueuse, le septum et la face antérieure de l'utérus depuis le col vésical en bas, jusqu'à la limite du décollement vésical en haut.

2°) Résection de la lèvre antérieure du col. Suture au catgut.

Il ne nous est pas permis de tirer des conclusions définitives de l'étude d'un nombre aussi restreint de cas particuliers. Nous pouvons cependant formuler quelques remarques :

L'incision médiane du périnée antérieur nous apparaît nettement supérieure aux procédés habituels, elle facilite indiscutablement la dissection des lambeaux latéraux à condition que le décollement soit amorcé dans la région du col. Elle constitue la base de la méthode dont les modalités peuvent s'adapter à chaque cas particulier, cette méthode est en effet extrêmement souple.

Dans la première catégorie de faits envisagés, il n'a pas été pratiqué de séparation de la vessie et du col utérin : il s'agissait de cystocèles très discrètes pour lesquelles il a paru inutile de refouler la vessie dont le trophisme paraissait suffisant pour que la suture du septum vésico-vaginal associée à la résection du fascia périvaginal paraisse suffisante à la maintenir.

Nous pensons que, lorsque le septum vésico-vaginal représente une réalité anatomo-chirurgicale suffisante, il est inutile de refouler la vessie. Mais lorsque le septum est plus réduit, il y a intérêt à disséquer la vessie comme l'on disséquait le faux sac d'une hernie directe avant de refaire la paroi. La vessie ainsi refoulée se maintient généralement spontanément en position haute. Si l'on redoute son engagement et que l'on ne veuille pas pratiquer de vésico-fixation haute, il semble logique après avoir reconstitué la sangle fibromuqueuse, de la bloquer en passant à la manière de CROSSEN un catgut total prenant en masse cette sangle et la face antérieure de l'isthme utérin à la limite du décollement vésico-utérin.

Evidemment, l'on s'écarte par ce geste de la technique absolument exacte qu'a décrite HALBAN.

Nous avons procédé dans un cas de cette façon : ceci nous a semblé très logique d'autant que ce point de fixation supprime les espaces morts qui se trouvent créés entre les différents plans; il diminue le risque d'hématome, donc de désunion possible dans les jours qui suivent l'intervention.

En ce qui concerne les vésico-fixations, nous ne craignons pas de répéter que lorsque l'utérus ne paraît pas cliniquement mobilisable, il faut recourir à une laparotomie abdominale; c'est ainsi que dans un cas où la clinique ne faisait elle-même rien soupçonner, il a été impossible de basculer l'utérus en avant : ceci n'a pas

empêché malgré tout de reconstituer une sangle péri-néale très correcte.

Ceci revient à dire qu'il ne faut faire la vésico-fixation que si elle apparaît facile dans son exécution ; sinon ne pas hésiter à recourir à un procédé de fixation par voie haute dont l'intervention de MARION suivie d'hystéropexie isthmique représente un des types les plus favorables.

La vésico-fixation a pour but majeur la fermeture du cul-de-sac vésico-utérin. Elle ne joue qu'un rôle secondaire dans le traitement des rétroversions qu'elle peut contribuer à corriger. On conçoit que la fixation de l'utérus à la vessie, organe mobile ne puisse constituer qu'un mauvais procédé d'hystéropexie. La correction est souvent insuffisante. Nous nous permettons de suggérer qu'elle pourrait être aidée par l'opération de KIELLAN : cette dernière consiste à réséquer la lèvre postérieure du col utérin et à suturer le moignon restant à la lèvre postérieure de la muqueuse vaginale, contribuant ainsi à maintenir l'antéversion réalisée.

CONCLUSIONS

L'opération d'HALBAN peut prendre une large part dans le traitement des cystocèles.

I. — Elle peut être décomposée en quatre éléments fondamentaux :

1°) Elle comporte avant tout la réfection d'un périnée antérieur : une incision médiane permettra la dissection latérale de la paroi vaginale et du septum vésicovaginal, donc la réfection du périnée comportera la suture d'un plan aponévrotique et d'un plan cellulomusculaire. La vessie sera séparée du col utérin et refoulée très haut : quelques points en bourse sur la paroi vésicale tendront à diminuer l'importance de la cystocèle.

2°) Dans certains cas et, en particulier, en présence de cystocèles associées à une rétroversion réductible, il y aura intérêt à ouvrir le cul-de-sac vésico-utérin, à pratiquer sur la face postéro-supérieure de la vessie une vésico-fixation utérine, obturant le cul-de-sac vésico-utérin. Nous ne craignons pas d'insister sur le fait que ce temps opératoire a pour but majeur l'effacement de ce cul-de-sac. Il s'oppose d'une certaine façon à la bascule en arrière de l'utérus mais ne prétend nullement jouer le rôle d'une hystéropexie. L'utérus se trouve ainsi fixé à un organe sujet à des déplétions et des réplétions modifiant son volume, donc extrêmement mobile.

3°) Le temps complémentaire essentiel est la réfection du périnée postérieur qui ne diffère en rien des méthodes classiques.

4°) Il va de soi que la résection d'une hypertrophie avec allongement du col utérin s'impose et peut être pratiquée dans un même temps ou dans une séance opératoire antérieure.

II. — Ainsi comprise, l'opération d'HALBAN présente de réels avantages sur certaines méthodes habituellement employées dans la cure des cystocèles.

1°) Elle emprunte uniquement la voie périnéale.

Elle peut être conduite dans un seul temps opératoire : elle doit être peu shockante, bénigne.

2°) L'abord par la voie médiane du périnée antérieur permet une dissection moins laborieuse de la paroi vaginale et du septum vésico-vaginal puisque le plan de clivage est trouvé d'emblée à la partie inférieure près du col, puisque l'hémostase se trouve facilitée par le fait même que le décollement est plus aisé.

3°) Sans être d'une réalisation technique extrêmement difficile, elle comporte quelques manœuvres délicates : telle la recherche et la dissection du fascia d'HALBAN dans des tissus atteints de troubles trophiques les rendant très fragiles et plus particulièrement dans les volumineuses cystocèles malgré ce qu'en pense HALBAN lui-même. L'ouverture du cul-de-sac vésico-utérin pratiquée avec prudence est généralement facile. La bascule de l'utérus en avant est parfois plus malaisée.

4°) Cette intervention est capable de s'adapter à chaque cas particulier ; chaque temps opératoire ne sera entrepris que si la nécessité s'en impose : la vésico-fixation utérine n'est obligatoire que si l'utérus a tendance à basculer en arrière. Un temps sera toujours pratiqué systématiquement : la réfection du périnée postérieur.

5°) L'opération d'HALBAN ne modifie la position utérine que d'une manière physiologique. Elle ne comporte pas l'exclusion du vagin, même dans les cystocèles très importantes.

6°) Elle peut être pratiquée à toutes les époques de la vie génitale, avant et après la ménopause.

7°) Elle n'empêche les grossesses ultérieures qui peuvent être conduites à terme sans incidents.

8°) Ainsi pratiquée, elle donne lieu à des suites opératoires immédiates habituellement sans incidents, à des résultats éloignés satisfaisants et ceci, même après des accouchements ultérieurs (GEISENDORF, cinq cas).

9°) Toutes les formes de cystocèles peuvent en constituer une indication :

— Cystocèles discrètes pour lesquelles on pourra se contenter de la seule suture en deux plans du périnée antérieur associée à une réfection du périnée postérieur. On n'omettra pas le traitement de l'urètre lorsqu'existe une incontinence.

— Cystocèles volumineuses isolées ou associées à une rectocèle, pourvu que le prolapsus génital ne soit pas trop accentué, c'est-à-dire, que le col reste fixé par de solides ligaments utéro-sacrés.

— Cystocèles enfin associées à des rétroversions utérines, à condition qu'il s'agisse de rétroversions réductibles et qu'il n'existe pas de lésions annexielles.

Vu, le Doyen :
BAUDOUIN

Vu, le Président de Thèse :
MOCQUOT

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris :
ROUSSY

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE d'Oran). — Traitement des prolapsus génitaux graves avec cystocèle prédominante. (In : *Pratique Chirurgicale Illustrée*, fasc. 6, chap. XIII).
- AUBERT. — Le prolapsus génital et son traitement. (*Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 5-12-19 juillet 1930).
- Dilatation de l'uretère après opération de HALBAN pour cystocèle. (*Helvet. ed. Acta*, février 1937).
- AUSTRY. — Contribution à l'étude du traitement des prolapsus génitaux et du cloisonnement du vagin en particulier. (*Thèse*, Bordeaux, 1923).
- AUTEFAGE. — Traitement chirurgical des grands prolapsus utérins. (*Archives Provinciales de Chirurgie*, août 1910).
- BAER (J.-L.), REIS et LAEMLE. — Uterus prolapse; shifting trends in treatment. (*Am. J. Obst. and Gynec.*, novembre 1937).
- BANO. — Traitement opératoire des prolapsus génitaux et utérins. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 3 décembre 1932).
- BAUER. — Sur le traitement opératoire de la rétroflexion utérine et des grands prolapsus. (*Wiener medizinische Wochenschrift*, 4 mai 1912).
- BAZY (L.). — Les résultats éloignés des hystéropexies abdominales. (*Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale*, 1912, p. 561).
- BÉGOUIN. — Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux. (*Congrès Français de Chirurgie*, 1923).
- BERGGLAS. — Anatomie du tissu conjonctif pelvien dans les prolapsus. (*Arch. für Gynäkologie*, 6 novembre 1929).

- BERRUT. — Congrès Français de Chirurgie, 1896 (discussion).
- BEUTHIN. — Résultats obtenus avec l'hystéropexie isthmique. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 27 janvier 1923).
- BICKEL. — Prolapsus génital. (*Arch. für Gynäkologie*, 148, 1932).
- BLONDIN (S.). — Les prolapsus génitaux récidivés après opération. (*Le Bulletin Médical*, 8 janvier 1938).
- BOECKEL. — Congrès Français de Chirurgie (discussion), 1896.
- BOUILLY. — Le traitement des prolapsus génitaux. Congrès Français de chirurgie, 1896.
- BOUILLY et LOEWI. — Procédé opératoire pour la cure des grands prolapsus. (*Revue de Gynécologie et de Clinique Abdominale*, 6, 1902).
- BOURSIN. — Congrès Français de Chirurgie, 1896 (discussion).
- BRAECKEMANN. — Prolapsus et tractus urinaire. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 8 septembre 1928).
- BREUILLET. — L'élytrocéle. (*Thèse*, Paris, 1911-1912).
- BRODIER. — Congrès Français de Chirurgie, 1923. Discussion.
- BUMM et MARTIN. — Anatomie et clinique du prolapsus utérin et vésical et discussion. (*Zeitschrift für Geburtsch und Gynäkologie*, 66, 1910).
- BURCH (L.-E.). — Technic of copoperineorraphy. (*American Surg.*, June, 1937).
- CADENAT. — Comment examiner, comment traiter les prolapsus génitaux. (*L'Hôpital*, juin 1922).
- CHABRUT et MÉNÉGAUX. — Les hernies périmcales. (*Journal de Chirurgie*, mai 1926).
- CLÉMENS. — Traitement opératoire des prolapsus de l'utérus et du vagin. 15 octobre 1932.
- COIRRE. — L'opération de BOUILLY dans le traitement des prolapsus génitaux. (*Thèse*, Paris, 1921).
- CORDIER. — Anatomie de l'uretère. Paris, 1933.
- COTTE. — Congrès Français de Chirurgie, 1923. (*Gynécologie et Obst.*, mai 1929, p. 337), sur le cloisonnement chirurgical du cul-de-sac de DOUGLAS. (*Gynécologie et Obst.*, octobre

- 1936). L'opération de HALBAN dans le traitement des prolapsus génitaux. (*Revue Française de Gynécologie et Obstétrique*, octobre 1937).
- COTTE et de ROUGEMOND. — L'interposition de l'utérus dans le traitement des prolapsus génitaux. (*Lyon Chirurgical*, 21, 1924).
- COUNSELLER et STACY. — Résultats des différentes opérations pour prolapsus génital. (*The Journal of the American Medical Association*, 4 octobre 1930).
- CULLAGH (M.-C.). — Vaginal prolapse. (*Practitioner*, septembre 1930).
- CUNÉO et VEAU. — De la signification morphologique des aponévroses péri-vésicales. (*Journal de l'Anatomie*, 35, 1899).
- DALLAS (P.). — De l'amputation du col dans l'allongement hypertrophique des prolapsus. (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris*, juillet 1936).
- DELANGLADE. — Des prolapsus génitaux. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, juin 1907).
- DELBET (Pierre). — Les prolapsus génitaux. (*Journal des Praticiens*, 25 janvier 1930, 8 octobre 1932).
- DELBET (Paul). — Congrès Français de Chirurgie, 1923 (discussion).
- DEMOULIN. — Congrès Français de Chirurgie, 1896 (discussion).
- DOUAY. — Prolapsus génital. (*L'Hôpital*, janvier 1933).
- DUGARIER. — Congrès Français de Chirurgie, 1923 (discussion).
- DUVERGEY. — Congrès Français de Chirurgie, 1923 (discussion).
- EDWARD (M.-L.). — Position of ureters and trigone in uterus prolapse. (*New-York State Journ. Med.*, 1^{er} février 1937).
- FAURE (J.-L.). — Congrès Français de Chirurgie, 1923 (discussion).
- FAURE (J.-L.) et SIREDEY. — Traité de Gynécologie Médico-Chirurgicale, 1928.
- FAYOT. — Traitement chirurgical des prolapsus génitaux. (*Thèse*, Paris, 1932).
- FOLET. — Congrès Français de Chirurgie, 1896 (discussion).

- FOTHERGILL. — Anterior colporrhaphy and amputation of the cervix combined as a single operation for use in the treatment of genital prolapse. (*American Journal Surg.*, New-York, 29, 1915).
- FOURMESTRAUX (de). — Congrès Français de Chirurgie, 1923.
- FRANK (R.-T.). — Parametrial fixation (Manchester operation). (*Am. Journ. Obst. and Gynec.*, février 1935).
- GALLOIS. — L'opération de MARION. (*Thèse*, Paris, 1927).
- GEISENDORF. — Cinq cas d'opération plastique pour prolapsus suivis d'accouchement. (*Gynécologie et Obst.*, février 1938).
- GENTIL. — Congrès Français de Chirurgie (discussion), 1923.
- GERNEZ. — Congrès Français de Chirurgie, (discussion) 1923.
- GOULLILOUD. — Congrès Français de Chirurgie, (discussion) 1923.
- GOURDET. — Congrès Français de Chirurgie, (discussion) 1923.
- GRÉGOIRE. — Anatomie médico-chirurgicale de l'abdomen. Paris, 1926.
- Les prolapsus génitaux. (*Journal des Praticiens*, n° 39, 1937).
- GUÉNARD. — De la cure des grands prolapsus génitaux par la méthode de BOULLY et l'hystéropexie obturatrice. (*Thèse*, Paris, 1902-1903).
- GUILLAUME (Louis). — Congrès Français de Chirurgie, 1923 (discussion).
- HALBAN. — Operative behandlung des weiblichen genital prolapses unterberücksichtigung der anatomie und etiologie, 1919.
- Gynäkologie operationslehre, 1932.
- HALBAN et TANDLER. — Anatomie et étiologie des prolapsus génitaux de la femme, 1907.
- HARTMANN. — La hernie vaginale et son traitement. (*Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, novembre-décembre, 1916).
- Des prolapsus génitaux. (*Gyn. et Obst.*, n° 3, 1921). Congrès Français de Chirurgie, 1923 (discussion).
- HOFBAUER. — Traitement du prolapsus génital selon les directives nouvelles. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 16 janvier 1937).

- HOVELACQUE. — Les organes génitaux et le périnée de la femme.
In *Traité d'Anatomie Humaine* de POIRIER et CHARPY.
- IZARD. — Essai anatomique, pathogénique et clinique sur la région
utéro-vésicale, (*Thèse*, Paris, 1904).
- JAYLE. — Congrès Français de Chirurgie. Discussion, 1923.
- JEMPTTEL (le). — Congrès Français de Chirurgie. Discussion, 1923.
- JOUARD. — (*Thèse*, Paris, 1933).
- KROPP. — La fixation vésico-utérine. Traitement de la flexion et
du prolapsus utérin. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, 14 dé-
cembre 1935).
- LAFFONT, DOUAY, MÉNÉGAUX. — (*Encycl. Méd. Chirug. Gynécol.*).
- LARDENNOIS. — Congrès de Chirurgie. Discussion, 1923.
- LECLERQ. — Congrès de Chirurgie. Discussion, 1923.
- LEIBOVICI et YoUANOWITCH. — La suspension haute de l'utérus
dans le traitement des prolapsus génitaux. (*Revue de Chi-
rurgie*, octobre 1937).
- LENORMAND et PETIT-DUTAILLIS. — Indications et résultats de l'opé-
ration de BOUILLY. (*Journ. de Chir.*, avril 1914).
- MACKENRODT. — (*Zeitschrift für geburtsch und Gynäkologie*, 66,
1910. Discussion).
- MAJOIS (J.). — Traitement du prolapsus génital par l'opération de
HALBAN, (*Thèse*, Paris, 1939).
- MERGER (R.). — (*Encyclopédie Médico-Chirurgicale* — Gynécologie).
- MARION. — De l'oblitération du cul-de-sac de DOUGLAS dans le trai-
tement de certains prolapsus utérins. (*Revue de Gynéco-
logie et de Chirurgie Abdominale*, 1909, p. 765).
- MARION. — De la cure des grandes cystocèles vaginales. (*Journal
d'Urologie*, juillet 1933).
- MENGERT et MURPHY. — Pressions intra-abdominales créées par
l'effort musculaire volontaire. Etiologie du prolapsus géni-
tal. (*Surgery Gynecol. and Obst.*, février 1934).
- MERCADE. — Cure radicale des prolapsus génitaux de la femme par
un nouveau procédé de colpopérinéorrhaphie. (*La Presse
Médicale*, 1918, p. 573).

- MESTITZ. — Le traitement opératoire de l'incontinence d'urines.
(*Zbl. Gynäk.*, n° 51, 1934).
- MICHAUX. — Les résultats éloignés de la suture du périnée antérieur dans le procédé de Salva MERCADE. (*Bulletin et Mém. de la Société de Chir.*, 1919, p. 505).
- MOCQUOT (R.). — Prolapsus génital (*P. M. C.*, Paris, 1931). Colpopérinéorrhaphie. (*P. M. C.*, Paris, 1931).
- NORA. — (*Thèse*, Paris, 1924).
- ORTHNER. — Technique du traitement chirurgical des prolapsus. (*München. Med. Wochenschrift*, octobre 1935).
- PALMER. — Prolapse syndrome. (*Proc. Roy. Soc. Med.*, septembre 1937).
- PAPIN. — Prolapsus génitaux. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, 30 décembre 1934).
- PATEL. — Congrès Français de Chirurgie, 1923. Discussion.
- PODVINEC. — Le prolapsus utérin traité par plastie du vagin avec fixation de l'utérus. (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gynécol.*, juin 1936).
- ROBINSON (A.-L.). — Treatment of uterus prolapse. (*Journal Obst. and Gynec. Brit. Emp.*, février 1935).
- ROSSENBECK. — Indications techniques et résultats du traitement chirurgical des prolapsus. (*Arch. für Gynäk.*, 166, 1938).
- ROUHIER. — Traitement chirurgical des prolapsus utéro-vaginaux. (*Semaine des Hôp. de Paris*, octobre 1931).
- ROUVIÈRE. — *Traité d'Anatomie Humaine*.
- ROUVILLOIS. — (*Thèse*, Paris, 1938).
- ROYSTON et ROSE. — New operation for cystocele. (*Am. Journ. Obst. and Gynec.*, mars 1937).
- SAVARIAND. — Etude critique des interventions pratiquées contre les prolapsus génitaux. Congrès Français de Chirurgie, 1923.
- SCHMID (H.-H.). — Opération d'HALBAN. Résultats permanents. (*Arch. für Gynäk.*, 166, 1938).

- SCHWARTZ et HUARD. — Prolapsus génital. Etude des indications opératoires. (*Paris Médical*, décembre 1931).
- SÉJOURNET. — Prolapsus génitaux. Indications. (*Bul. et Mém. de Soc. de Méd. de Paris*, 9 novembre 1934).
- SIEGMUND. — Amputation du col. (*Zentralblatt für Gynäkologie*, août 1938).
- SIREDEY. — Congrès Français de Chirurgie, 1923. Discussion.
- TAILHEFER. — Congrès Français de Chirurgie, 1923. Discussion.
- THÉVENARD. — Congrès Français de Chirurgie, 1923. Discussion.
- TUFFIER. — Congrès Français de Chirurgie, 1896. Discussion.
- VAYSSIÈRE et DONNET. — Traitement chirurgical des prolapsus après la ménopause. (*Bul. Soc. d'Obst. et Gynéc.*, novembre 1936).
- YOVANOWITCH. — Valeur comparative de la colpopérinéorrhaphie et de l'hystéropexie. (*La Clinique*, juin 1938).
-

